

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

134

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Nicolas TARARINE

Né le 23 Décembre 1916, à Novotcherkassk (Russie).

21 JUIN 1943

Présentée et soutenue publiquement le 19 ..

QUELQUES FORMES CLINIQUES

DE

LA SYPHILIS FÉBRILE

CHEZ L'ADULTE

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux. 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **TARARINE.**

Prénom : **Nicolas.**

Date de soutenance : _____

Numéro d'ordre : _____

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

TARARINE (Nicolas). — Quelques formes cliniques de Syphilis fébrile chez l'Adulte. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 131 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

TARARINE (Nicolas). — Quelques formes cliniques de Syphilis fébrile chez l'Adulte. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 131 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

TARARINE (Nicolas). — Quelques formes cliniques de Syphilis fébrile chez l'Adulte. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 131 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

TARARINE (Nicolas). — Quelques formes cliniques de Syphilis fébrile chez l'Adulte. — Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 131 p.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Nicolas TARARINE

Né le 23 Décembre 1916, à Novotcherkassk (Russie).

Présentée et soutenue publiquement le 19

QUELQUES FORMES CLINIQUES
DE
LA SYPHILIS FÉBRILE
CHEZ L'ADULTE

Président : M. LEMIERRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, Rue Deparcieux, 29

1943



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	CHIRAY.
Clinique médicale	ARRAMI.
	FUESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
	MONDOR.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	BROCC.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie	chirurgicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	
BONNET	Bactériologie	
BOULIN	Pathologie	médicale.
BROUET	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.	
CACHERA	Pathologie	médicale.
CORDIER	Anatomie.	
COSTE	Pathologie	médicale.
JOVELAIRE (Roger)	Urologie.	
DELARUE	Anatomie	pathologique.
DELAY	Pathologie	médicale.
DESGREZ (H.)	Physique.	
DESOLLIE	— Médecine légale.	
DIGONNET	Obstétrique.	
DOGNON	Physique.	
FÈVRE	Pathologie	chirurgicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	
GARCIN	Pathologie	médicale.
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie	pathologique.

MM.

DE GENNES	Pathologie	médicale.
JOANNON	Hygiène	
LACOMME	Obstétrique.	
LANTUEJOL	Obstétrique.	
LAVIER	— Parasitologie.	
LELONG	Pathologie	médicale.
LEMAIRE	Pathologie	expérimentale.
LENEGRE	— Pharmacologie.	
Mlle J. LEVY	Pathologie	médicale.
MARCHAL	Pathologie	chirurgicale.
MENEGAUX	Pathologie	médicale.
MOLLARET	Pathologie	médicale.
MOUQUIN	Pathologie	chirurgicale.
PATEL	Ophtalmologie.	
RENARD	Physiologie.	
RENARD	Pathologie	chirurgicale.
RICHEL		
SICARD	Pathologie	médicale.
SOULIE	Obstétrique.	
SUREAU	Pathologie	médicale.
TURPIN	Pathologie	chirurgicale.
WILMOTH	Pathologie	médicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE	Pathologie	chirurgicale.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	
GUENIOT	Obstétrique.	
HEITZ-BOYNER	Pathologie	chirurgicale.

MM.

HUGUENIN	Anatomie	Pathologique.
LE LORIER	— Obstétrique.	
NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.	
PIEDELIEVRE	Médecine légale.	
VAUDESCAL	Obstétrique.	

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAROCHE Guy	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgi- cale.
BRULE		GATELLIER ...	
MOREAU		de GAUDART	
ALAJOUANINE		d'ALLAINES .	
		MOULONGUET	
		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N... ..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Je leur dois tout.

A MON FRERE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de
nous inspirer le sujet de cette thèse.*

*Dont l'enseignement si clair et si
brillant, nous a été dispensé durant
les années d'études passées dans son
service.*

*Nous nous permettons de lui exprimer,
ici, notre respectueuse reconnaissance et notre profond attachement.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur LAPORTE

Médecin des Hôpitaux

Pour la sollicitude qu'il nous a toujours témoignée, pour les encouragements qu'il nous a donnés, pour son vivant enseignement, nous le prions d'accepter ce faible hommage de notre gratitude.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur TOURAINE

Médecin des Hôpitaux

En reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours manifesté,

A NOTRE MAÎTRE

Monsieur le Docteur GUEULLETTE

Chirurgien des Hôpitaux

En faible hommage de notre reconnaissance et de notre vive sympathie.

A NOTRE MAÎTRE

Monsieur le Docteur PRUVOST

Médecin des Hôpitaux

Avec toute notre gratitude pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur CAPETTE

Chirurgien honoraire des Hôpitaux

Qu'il veuille bien trouver, ici, l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'intérêt bienveillant qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur LARGEAU

Dont nous n'oublierons jamais la bonté dans une période pénible.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur ESCALIER

Médecin des Hôpitaux

*Avec toute la gratitude que nous lui
devons pour son précieux enseigne-
ment, et pour la bienveillanec qui a
été la sienne à notre égard.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur honoraire LEVY-VALENSI

*Avec tout notre respect et notre vive
gratitude.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Professeur GOSSET

Monsieur le Professeur LABBE

In memoriam.

Monsieur le Professeur LARDENNOIS

In memoriam.

Monsieur le Docteur CORDIER

Monsieur le Docteur HEPP

Monsieur le Professeur MOCQUOT

Monsieur le Docteur RAOUL MONOD

Monsieur le Docteur CAPETTE

Monsieur le Docteur GUEULLETTE

Monsieur le Docteur PRUVOST

Monsieur le Docteur TOURAINÉ

Monsieur le Docteur BOUCHET

Monsieur le Docteur HUET

Monsieur le Docteur BOURDIAL

Monsieur le Docteur ESCALIER

Monsieur le Professeur LEMIERRE

Monsieur le Docteur LAPORTE

Monsieur le Docteur GASTINEL

Monsieur le Docteur REILLY

A MES AMIS

Mademoiselle le Docteur MERLE

Madame le Docteur SPRIET

Monsieur le Docteur SPRIET

Monsieur le Docteur BERGER

*En faible témoignage de l'amitié la
plus sincère.*

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

La fièvre survenant à toute période de la syphilis, aussi bien présérologique que quaternaire, peut par son intensité ou la réunion anormale de différents symptômes, créer des tableaux cliniques les plus inattendus. Ce modeste travail a pour but d'étudier quelques formes cliniques réalisées par la syphilis fébrile chez l'adulte. Bien que ces formes ne soient pas observation courante, elles présentent toutefois quelque intérêt clinique.

La fièvre, plus fréquente chez la femme, peut survenir pendant toute la durée de la maladie.

Assez rare lors du chancre à localisation génitale ordinaire, l'élévation thermique est quasi constante dans l'une des localisations extra génitales, fort intéressantes, à savoir : amygdalienne.

C'est au cours de la période secondaire que la fièvre revêt son maximum de fréquence à tel point qu'elle serait peut-être à ranger comme symptôme de la syphilis, au même titre que la splénomégalie, l'alopecie ou les douleurs disséminées. Lors de cette période, l'association de la fièvre à l'angine est aussi intéressante que la fièvre d'éruption.

L'étude de la fièvre tertiaire est peut-être celle qui présente le plus d'intérêt. En effet, maintenant, grâce au laboratoire, quel n'est pas notre étonnement, dans certains cas, de trouver une origine syphilitique à une histoire trainante étiquetée, tant bien que mal : tuberculose chronique, rhumatisme, paludisme, état typhique ou même fièvre de Malte.

La période quaternaire n'est pas non plus exclue d'une réaction thermique. Le tabès (LEMIERRE et KINDBERG, ERDHEM) peut revêtir la forme fébrile, de même que l'hémiplégie, la paraplégie ou même la paralysie générale.

Nous n'étudierons, ni la fièvre dans la syphilis au cours de ses divers stades, ni l'étude de la courbe thermique, mais quelques formes cliniques particulières, capables d'égarer le diagnostic. Seront décrites :

Tout d'abord les formes angineuses et les formes éruptives, puis les formes à signes généraux prédominants, enfin d'une façon plus rapide, quelques localisations.

C'est à dessein que nous limitons les formes cliniques, car la syphilis peut léser tout organe, revêtir toutes les formes fébriles, et l'étude pour être complète devrait passer tous les organes en revue et grand nombre de maladies.

Si la syphilis est tout ce qu'il y a de plus polymorphe, il ne faut pas tomber dans l'erreur inverse et considérer comme syphilitique toute maladie fébrile indéterminée survenant chez un ancien syphilitique, ou s'accompagnant d'une sérologie positive, ou réagissant au novar. Pour rares que soient les maladies considérées comme exotiques, dont le diagnostic se discute avec la syphilis, elles ne sont pas inexistantes en France. Il est possible qu'elles soient simplement méconnues comme l'étaient jadis la fièvre de Malte et la spirochétose ictéro-hémorragique.

FORME ANGINEUSE

La syphilis revêt volontiers la forme angineuse fébrile. Autant la primo-infection de l'amygdale s'accompagne fréquemment, pour ne pas dire toujours d'une élévation thermique ; autant la forme fébrile de l'angine syphilitique secondaire est relativement rare, mais néanmoins fort intéressante à connaître.

Quant à la période tertiaire, elle ne sera guère envisagée, puisque la gomme évolue sans fièvre.

Théoriquement, le chancre de l'amygdale jouit d'un grand polymorphisme.

Précédé, même de quelques semaines de dysphagie, de lassitude générale, son début est banal, analogue bien souvent à une angine simple aiguë, avec une température autour de 40°. En effet le chancre est ordinairement fébrile, car infecté, aux signes locaux s'associe un état général touché avec asthénie et courbature.

C'est à la période d'état que le chancre revêt ses formes les plus diverses, prenant l'aspect :

— soit d'une angine simple, erythémateuse sans aucun enduit pultacé ;

— soit d'une angine blanche, dont l'exsudat plus ou moins abondant, plus ou moins cohérent, peut même revêtir la forme pseudo-membraneuse.

— Le plus souvent l'amygdale est le siège d'une érosion, parfois même d'une ulcération, recouverte ou non de fausse membrane.

— Parfois le chancre revêt la forme gangréneuse ou phlégommeuse.

— Très rarement les formes polypoïde ou végétante, épithéliomateuse.

Quel que soit son aspect, l'angine est, en règle, unilatérale.

— L'amygdale forte, projetée sur la ligne médiane est fortement indurée, d'une dureté bien caractéristique que l'on doit toujours rechercher. Sa constatation, à elle seule, est suffisante pour faire soupçonner le diagnostic de chancre syphilitique.

— L'adénopathie satellite ne fait jamais défaut, véritable pléiade ganglionnaire, strictement unilatérale, pouvant s'accompagner de périadénite à cause de l'infection.

— L'unilatéralité, l'induration et l'adénopathie unilatérale constituent la triade symptomatique, décrite de longue date par DIEULAFOY. Certains auteurs y adjoignent une rougeur vineuse framboisée, péricryptique, créant une auréole autour de l'amygdale enflammée.

Cette angine au lieu d'évoluer en l'espace de 8 à 12 jours, comme le ferait une angine banale ou de Vincent, a une durée traînante, persistant en règle, au moins 15 jours, mais bien souvent durant 21 jours et parfois même 4 semaines.

Contrairement à la forme primaire précédemment décrite, la forme angineuse fébrile au cours de la période secondaire est bilatérale. Elle envahit aussi bien les deux amygdales que les piliers antérieurs et postérieurs, englobant voile du palais et luette, se propageant en arrière à la paroi postérieure du pharynx.

Sa teinte rouge vermillon peut être uniforme et indenne de tout exsudat, réalisant l'angine érythémateuse des jeunes mariés, décrite par WIDAL. D'autres fois sur le fond rouge apparaissent des points blancs plus ou moins confluent avec un exsudat crayeux ou cohérent, simulant une fausse membrane.

La muqueuse généralement saine, peut parfois être érosive et dans certains cas ulcérée. On attachera une grande importance à une plaque érosive, opaline ou diphtéroïde, siégeant sur une amygdale ou sur un pilier.

La température est plutôt subfébrile, oscillant entre 38-38,5 rarement davantage, débutant au même temps ou même quelques jours après la dysphagie. Celle-ci est très prononcée. Asthénie, amaigrissement peuvent être parfois extrêmes.

L'attention sera dirigée vers la recherche d'une céphalée vespérale ou nocturne, de l'alopecie, de l'adénopathie généralisée, de la splénomégalie.

L'existence des plaques muqueuses dans la bouche et aux organes génitaux, de même qu'une éruption parfois très discrète, confirme le diagnostic.

En pratique, facilement diagnostiquée, quand on y pense, la syphilis angineuse peut entraîner de nombreuses erreurs de diagnostic, suivant la prédominance de :

— l'exsudat pouvant être cohérent et pseudomembraneux,

— de l'ulcération associée à un léger exsudat,

— ou de l'atteinte de l'état général avec nette adénopathie.

On pourrait individualiser grossièrement trois formes bien intéressantes :

— la forme pseudomembraneuse type diphtérie,

— la forme ulcéromembraneuse type angine de Vincent,

— la forme à prédominance ganglionnaire type angine à monocytes ou leucémie.

La *diphtérie* est la maladie avec laquelle la confusion est la plus facile. Est-ce parce que devant toute angine le premier diagnostic qui se présente est la diphtérie ?

En effet, pour peu que l'exsudat soit cohérent, pour peu que l'état général soit atteint, avec asthénie et fièvre, et que l'adénopathie sous-angulomaxillaire et cervicale soit perçue, l'équivoque est facilement réalisée.

On peut en juger par quelques exemples qui vont suivre.

Voici quelques observations que notre Maître le Professeur LEMIERRE a bien voulu nous communiquer, provenant de son service à l'Hôpital Claude-Bernard.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 1. — Le 24 mai 1937, Mlle G... Lucienne, âgée de 28 ans, journalière, est transportée de l'hôpital Lariboisière, suspecte de diphtérie. Son histoire est la suivante :

Le 25 avril 1937, fatiguée et anémiée, elle entre à Lariboisière, d'où elle en sort au bout de 5 jours sur sa demande. A cette époque sont apparus quelques boutons qu'elle présente au front.

Le 9 mai, non encore remise de sa fatigue, elle commence à souffrir d'un mal de gorge avec dysphagie qui l'oblige à s'aliter. Ressentant une amélioration, elle se lève, mais le soir même la douleur et le mal de gorge réapparaissant, elle se décide à rentrer à Lariboisière.

Le 18 mai, la température oscille entre 38-39. Badigeonnage et lavage de gorge restent sans effet. Devant la non-amélioration des signes locaux et généraux, elle est envoyée à Claude-Bernard, suspecte de diphtérie.

Le 24 mai, à son entrée, la T° est à 39. La dysphagie persiste. La malade, fatiguée, anémiée, présente des amygdales rouges, œdémateuses. On note sur celle de gauche un exsudat blanchâtre, compact ; sur celle de droite, un enduit assez cohérent, difficile à détacher, recouvrant une exulcération. Piliers et luette sont respectés. tout le pharynx est rouge œdémateux, les gencives sont normales. On perçoit bilatéralement des ganglions sous-angulo-maxillaires et le long de toute la chaîne cervicale jusqu'au creux susclaviculaire. Pas d'adénopathie ailleurs. Les ganglions durs sont peu dou-

loureux. Devant ce tableau clinique, une injection de 30.000 unités A.D. est pratiquée par la méthode de Besredka. Un ensemencement de gorge pratiqué est et restera négatif.

Le 25 mai, température 38,3-T.A. 10 1/2-7. Pouls 90. Urine normale. La malade est fatiguée, amaigrie de 3 kilos en 8 jours.

La face et surtout le front sont recouverts de quelques papules dures et infiltrées, absentes sur le reste du corps.

L'état de la gorge n'a pas varié depuis la veille : amygdales non indurées, les piliers et les gencives sont normales. Pas de nasonnement, mais voix rauque. Adénopathie sous-mentale et cervicale seulement. Pas de ganglions dans les autres territoires. Rate normale. L'auscultation du cœur et des poumons est négative. Foie de volume normal ainsi que les réflexes pupillaires, tendineux et cutanés. Pas de plaques muqueuses ni buccales, ni anales, ni vulvaires. Par contre, asthénie marquée et chute des cheveux, mais ni céphalée ni arthralgie.

Parmi les antécédents, on note des angines assez fréquentes. On pense à la syphilis et on commence 0,01 de cyanure IV, en même temps qu'un nouvel ensemencement de gorge pour certitude, il sera une fois de plus négatif.

Le 26 mai, 37,9-38,2. Même état, sialorrhée. Novar 0,15.

Le 27 mai, 37,2-37,4. Même état, troisième examen de gorge montre l'absence de Loeffler.

28 mai, 37-37,8. Les papules s'affaissent, la gorge est moins tuméfiée, le mal de gorge s'atténue, l'exsudat se désagrège. La malade se sent moins abattue et l'appétit renaît. Le résultat du B.W. est connu, il est ultra-positif.

29 mai, amélioration continue des lésions pharyngées et cutanées. L'état général est meilleur. Régression de l'adénopathie. Novar 0,30 suivi d'un clocher à 38,7.

Le 30 mai et les jours suivants : chute thermique à 37. Appétit et forces reviennent. Les papules sont moins infiltrées et s'affaissent pour disparaître. La douleur angineuse s'estompe, la gorge se nettoie à tel point que :

Le 12 juin, la peau et la gorge sont normales, l'état général est

excellent, la malade sort pour continuer son traitement à Saint-Louis.

En résumé, c'est l'histoire d'une femme de 28 ans dont l'angine par la présence de fausses membranes, d'adénopathie cervicale et de l'atteinte de l'état général a fait craindre à un moment la diphtérie, mais dont la longue évolution de 15 jours et l'association d'une éruption de papules infiltrées sur le front a dirigé l'attention vers la syphilis. Diagnostic affirmé par :

- l'inefficacité des traitements banaux,
- l'absence de bacilles diphtériques aux examens,
- l'efficacité du traitement anti-syphilitique qui amena la guérison.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 2. — Mme P... Jane, âgée de 32 ans, a été hospitalisée du 6 au 11 juillet 1939 à l'hôpital Bichat pour colite. A sa sortie, elle souffrait déjà légèrement de la gorge, mais il n'y avait pas de dysphagie et la température était normale. Chez elle, la douleur s'accroît, la dysphagie apparaît, la température s'élève peu à peu, oscille autour de 39 et atteint même 40. Les S.F. sont tellement prononcés que la malade ne peut s'alimenter, aussi se décide-t-elle à entrer à Claude-Bernard le 30 juillet au soir.

30 juillet. La température est à 38.8. L'examen de gorge montre une rougeur diffuse de tout le pharynx, les amygdales rouges, saillantes, sont recouvertes d'un exsudat pultacé, cohérent, disposé assez irrégulièrement, facilement détachable, l'adénopathie fait défaut. Par contre, l'état général est bien conservé, la malade se plaignant seulement d'une céphalée très vive, surtout occipitale. L'aspect banal de la gorge, l'absence d'adénopathie ont fait éliminer le diagnostic de diphtérie et d'angine à monocytes. Tout de même, pour plus de certitude, les examens de gorge sont pratiqués durant trois jours consécutifs. Le résultat négatif a fait éliminer à coup sûr la diphtérie. Toutefois, cette angine traînant depuis 15 jours, sur laquelle le traitement banal reste sans action, paraît

bien suspecte, d'autant plus que l'examen général de la malade fait découvrir une éruption disséminée, peu fournie d'ailleurs, siégeant sur la face, le cuir chevelu, le thorax, composée d'éléments assez dissemblables. Certains sont des éléments banaux de pyodermite, d'autres par contre sont des macules légèrement surélevées sans caractères précis. L'éruption apparue peu à peu en même temps que l'angine s'est accompagnée d'une céphalée occipitale persistante. Le reste de l'examen est négatif. Ni adénopathie, ni splénomégalie, ni alopecie. Parmi les antécédents, à ne signaler que deux grossesses ayant bien évolué et des angines fréquentes.

Devant cette angine traînante avec éruption, l'examen sérologique pratiqué a montré le 4 août la positivité du B.W. Pendant ce temps, on note l'apparition d'une légère ulcération sur le pilier antérieur gauche. L'évolution de l'éruption prenait un caractère plus typique faite de papules dures, surélevées, infiltrées, certaines même présentant une légère desquamation en forme de collerette. Les éléments s'accroissent au front et gagnent la nuque, le cou. La température se rapproche peu à peu de la normale, malgré la persistance de la dysphagie, du mal de gorge et de l'exsudat amygdalien. Le traitement mixte au novar-bivatoil amène rapidement la disparition de l'angine et de l'éruption. Après la stabilisation de la température, la malade quitte Claude-Bernard le 23 août.

Cette observation montre l'histoire d'une femme, âgée de 32 ans, atteinte d'angine traînante depuis 15 jours, dont l'origine a été facilement soupçonnée après élimination préalable :

— de diphtérie : aspect de la gorge, absence d'adénopathie, état général relativement bon et examens négatifs,

— d'angine à monocytes : absence d'adénopathies et bonne conservation de l'état général.

L'origine syphilitique s'imposait par l'existence d'une éruption fruste et atypique, il est vrai, mais qui s'est complétée et s'est caractérisée, puis par l'apparition d'une plaque érosive.

Elle fut confirmée par la sérologie et l'efficacité du traitement.

L'éruption fruste dans les deux premières observations est assez nette, dans celle qui suit, pour orienter d'emblée le diagnostic.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 3. — Mlle L... Madeleine, âgée de 26 ans. Avant d'entrer à Claude-Bernard le 5 mai 1939, a été consulter le 20 avril à l'Hôtel-Dieu, puis en mai à Tenon. Là, un ensemencement de gorge a révélé la présence de bacilles diphtériques courts à la suite de quoi elle est dirigée sur Claude-Bernard. Le début de l'angine progressif remonte au 15 avril environ. L'angine s'est accompagnée de malaises, de céphalée et d'élévation thermique à 38-38.5. La fièvre persiste depuis 3 semaines, rebelle à toute thérapeutique.

Le 5 mai, à son entrée, on se trouve en présence d'une malade asthénisée, pâle, T° 37.7, la gorge présente une angine bilatérale rouge avec légers points pultacés sur les deux amygdales, principalement du côté droit où l'amygdale est anfractueuse. On ne note pas de fausses membranes ni de paralysie du voile, ni de nasonnement. L'adénopathie est importante, sous-angulo-maxillaire, prédominant à gauche avec périadénite. Par ailleurs, les ganglions inguinaux sont hypertrophiés, pas de splénomégalie. Une injection de 10.000 unités A.D. a été pratiquée à cause de la constatation de bacilles diphtériques courts malgré l'aspect de la gorge, et surtout malgré l'existence d'une éruption assez caractéristique. Les éléments éruptifs au nombre d'une centaine, généralisés avec prédominance à la face, sont rouges cuivrés, papuleux, enchâssés dans le derme. Les éléments muqueux ne font pas défaut sur la grande lèvre gauche. Le reste de l'examen est négatif. Le B.W. est ultra-positif, mais l'examen de sérosité des plaques muqueuses n'a pas permis de déceler le tréponème. Parmi les antécédents, elle aurait eu, lors d'une grossesse, un B.W. positif et aurait été traitée par la suite durant un an à Broca, mais n'avait présenté aucun stigmate clinique de la syphilis. Le traitement mixte biva-

tol-cyanure-novar institué dès le lendemain de son entrée se révéla bien efficace et a fait affaïsser et décolorer les papules et disparaître l'angine. L'état s'améliore rapidement, la température redevient normale. Les trois examens de gorge pratiqués les 5, 7 et 9 mai ont montré tous trois une absence du bacille diphtérique.

D'après ces trois observations, l'aspect de l'exsudat amygdalien peut évoquer d'une manière grossière l'idée de diphtérie. L'aspect seul n'est pas suffisant bien entendu. Et il faut ajouter que l'angine résiste aux traitements banaux, qu'elle s'accompagne d'une réaction ganglionnaire parfois bien nette et que l'état général est déficient. Mais d'autres signes sont contradictoires : à commencer par la longue durée de l'angine contrastant avec une fausse membrane peu étendue, à tendance extensive peu marquée.

Evocation grossière de la diphtérie, puisque la plupart du temps un examen général montre les signes de la syphilis secondaire évolutive.

La syphilis secondaire à début insidieux, à évolution subfébrile, simule la diphtérie plus fréquemment que ne le fait la primo-infection.

Le Chancre revêt de préférence la forme ulcéromembraneuse du type *angine de Vincent*.

Classiquement l'angine de Vincent est d'apparition brutale, en règle unilatérale avec une ulcération taillée à pic. L'exsudat qui la recouvre, grisâtre putrilagineux à l'aspect nécrotique. L'adénopathie satellite est peu marquée. Par contre la fétidité de l'haleine est repoussante et s'accompagne d'une salivation prononcée. L'examen bactériologique montre enfin l'association fusospirochétairienne bien caractéristique. La durée de l'angine dépasse rarement 10 à 12 jours.

Le chancre est quasi toujours infecté, aussi l'adénopathie est-elle inflammatoire. L'exsudat peut ressembler en tous points à l'angine ulcéromembraneuse. La sto-

matite concomittante peut être prise pour des plaques muqueuses et inversement.

La présence même de fusospirilles dans l'angine de Vincent n'a pas une valeur diagnostique définitive, pas plus que l'absence de tréponème à l'ultra ou après imprégnation à l'argent. Dans un chancre de l'amygdale on ne peut être sûr de pouvoir recueillir la sérosité voulue, contenant le tréponème, l'amygdale étant d'une voie d'abord délicate.

De plus l'épreuve du traitement n'est pas très probante, le novar agissant aussi bien dans l'angine de Vincent que dans la syphilis.

La fétidité et le sialorrhée acquièrent dans ce cas une certaine valeur, de même que l'auréole rouge périamygdalienne. Mais on ne peut se baser sur de tels signes pour trancher le diagnostic.

L'induration reste donc le seul signe de valeur. Et cette valeur est diminuée du fait de la difficulté d'appréciation de l'induration.

Aussi dans le doute vaut-il mieux s'abstenir de tout traitement, s'en référer à un traitement banal et attendre l'évolution, en pratiquant les réactions sérologiques 20 jours après, les répétant plusieurs fois, tout en surveillant bien attentivement l'apparition d'un élément du cortège symptomatique de la syphilis secondaire et principalement une éruption ou une plaque muqueuse.

Le diagnostic peut être fort difficile. On cite, à ce propos, quelques surprises bien désagréables. CHEVALLIER insiste sur la difficulté de discrémiation de ces deux maladies et rappelle qu'au cours de l'épidémie de l'angine de Vincent qui a sévi dans l'armée américaine, on eut la surprise de voir revenir quelques mois plus tard des malades présentant une roséole et des plaques muqueuses (Hôpital N° 20-1922).

Il suffit que l'adénopathie soit manifeste et prédo-

mine légèrement sur les autres signes et que l'état général soit un peu déficient, pour évoquer l'idée d'un trouble du système hématopoétique, en particulier de l'angine à *Monocytes* ou *Leucémie*. D'autant plus qu'un syndrome pharyngé fait partie du tableau clinique de ces deux maladies.

L'angine ulcéro-nécrotique dans le cas de leucémie n'est qu'un épiphénomène au milieu de la sidération de l'état général. Toutefois, au début, ce dernier peut parfois être moins gravement atteint. Les ulcérations sont recouvertes de sortes de fausses membranes grisâtres simulant la diphtérie, mais ces plaques de sphacèle, mises à nu, saignent facilement et exhalent une fétidité caractéristique.

La manifestation pharyngée au cours de l'angine à monocytes est par contre variable : soit simple angine rouge, soit diphtéroïde, soit ulcéromembraneuse.

Le diagnostic dans certains cas, ne peut être tranché que par l'examen de sang. Et encore dans la mononucléose infectieuse, la formule sanguine peut n'avoir rien de particulier et d'ailleurs on a décrit dans le cadre des leucémies les leucoblastoses aleucémiques.

En dernier ressort, l'évolution trancherait le diagnostic, mais en règle, il n'est nul besoin d'aller jusqu'à ce point.

Observation N° 4. — Cas observé par le Prof. Lemierre pendant la guerre de 1918 (*Schweiz Med. Wochen* 1940, page 549).

Le malade sergent d'infanterie, âgé de 30 ans, est envoyé suspect de leucémie aiguë, en vue d'un examen de sang ; car il souffre depuis 5 jours d'une angine avec très forte adénopathie. La maladie a débuté brusquement par des frissons, courbatures, dysphagie et douleurs de gorge. La T°, dès le commencement, est à 39. Ce qui frappe de prime abord c'est une énorme tuméfaction des ganglions cervicaux. De chaque côté du cou, une masse saillante descend depuis l'angle du maxillaire inférieur jusqu'au creux suscla-

viculaire, donnant au cou l'aspect proconsulaire. A la palpation, ce sont les ganglions durs, assez distincts avec un peu de péri-adénite, à peine douloureux ; à l'examen de la gorge, les amygdales, très fortes, sont d'un rouge vif qui s'étend sur la luette et le voile du palais. Mais on ne note pas d'exsudat. L'examen de sang est aussitôt pratiqué et montre une hyperleucocytose à 20.000, dont 79 % de polynucléaires neutrophiles. Le patient est lucide, ne se plaint que de dysphagie. Devant le résultat de la formule sanguine, un examen attentif montre sur l'amygdale gauche, caché derrière le pilier antérieur, un petit placard opalin blanc-jaunâtre, qui évoque immédiatement l'idée de plaque muqueuse. Sur le gland est retrouvé une petite cicatrice arrondie, de date récente. Mais l'adénopathie inguinale fait défaut. On prélève du sang pour le Wassermann, qui se révélera positif par la suite, et sans attendre le résultat, on commence les injections de novar qui produisent des effets surprenants. Dès le lendemain, la T° retombe à la normale, 48 heures après les adénopathies cervicales ont regressé de moitié.

Alors que ce tableau évoque l'idée de leucémie aiguë l'observation suivante ferait envisager l'idée d'une angine à monocytes.

Observation N° 5. — Un cas de chancre amygdalien. Professeur Ramond (Presse Médicale, 16 avril 1932) (résumé).

Il s'agit d'un malade serrurier, âgé de 26 ans, envoyé par la consultation O.R.L. pour angine bizarre traînant depuis six semaines, avec T° 38-38,5, état général assez touché et adénopathies multiples disséminées. Un examen de sang est demandé.

Le début remonte à un mois et demi. Il est précédé toutefois par quelques prodromes marqués par un affaiblissement progressif avec fatigue générale, et une grande dépression morale.

Le malade, vers la fin du mois d'octobre, est pris subitement, au cours d'un dîner, de frissons, de malaises généraux intenses, de céphalée vive et de courbatures. Dans la nuit, une très forte fièvre s'installe. Dès le matin apparaît une douleur à la gorge. Cet homme, sujet aux angines aiguës, ne s'alarme pas outre me-

sure, bien que la sédation légère de la fièvre ait lieu les jours qui suivent, la fièvre persiste aux abords de 38. Le mal de gorge, la dysphagie et l'asthénie restent sans changement. A l'examen, le malade est fatigué, amaigri, mais ne présente ni anémie, ni éruption. Le cou est le siège d'adénopathies multiples. A droite, les ganglions sont sans périadénite, sont étagés tout le long de la chaîne carotidienne, depuis la nuque au creux susclaviculaire, à gauche l'atteinte est plus discrète. Par contre, l'adénopathie axillaire est manifeste avec prédominance à droite. Dans les deux aines est perçue une polymicroadénopathie, mais la rate n'est ni palpable, ni percutable. La gorge révèle l'isthme un peu rouge ; l'amygdale gauche, le voile et la luette sont normaux. L'amygdale droite seule a quelques enduits pultacés à sa partie inférieure et une large ulcération à fond pseudomembraneux à la partie supérieure. L'induration sentie par le toucher intrabuccal est fort prononcée. Le reste de l'examen est normal.

La présence d'adénopathies multiples disséminées, avec une angine traînante, a fait soupçonner non une leucémie à cause de la conservation satisfaisante de l'état général mais bien une adénolymphoïdite aiguë bénigne. La persistance de l'amygdalite, son unilatéralité, son induration ligueuse enfin, ont fait pratiquer un ultra et une réaction de Wassermann. La positivité de ces deux examens a confirmé le diagnostic.

Les deux observations ci-dessous sont intéressantes, car elles prouvent que l'examen clinique a permis de poser avec certitude le diagnostic :

Dans le premier cas, après avoir rejeté le diagnostic de l'angine diphthérique, ulcéromembraneuse et à monocycles ; dans le second en écartant la diphthérie, le phlegmon et la leucémie.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 6. — Envoyée de l'Hôtel-Dieu où elle est allée consulter, Mlle R... Georgette, âgée de 22 ans, est hospitalisée le

31 octobre au pavillon Laveran pour angine blanche, suspecte de diphtérie.

Le début de l'angine remonte à mi-octobre. D'une façon assez rapide sont apparus la céphalée, un malaise général, une dysphagie intense et un état fébrile. Après une amélioration, les symptômes réapparaissent. La gorge est recouverte fin octobre d'un enduit blanchâtre, et la malade signale même que « des liquides tels que du tilleul repassent par le nez ». La température n'a pas été prise. A son entrée, l'angine paraissant suspecté, il est prescrit 40.000 unités A.D.

Le lendemain 1^{er} novembre, la fièvre modérée 38.3, l'état général est assez bon. Les S.F. sont les suivants : dysphagie accentuée, voix nasonnée, par intermittence un reflux de liquide par le nez, odeur nauséabonde de l'haleine. A l'examen de la gorge, le pharynx, le pilier, la luette sont tuméfiés et rouges vifs. Sur les amygdales, il existe un enduit blanc grisâtre, assez cohérent, surtout à droite où il déborde sur les piliers. La muqueuse sous-jacente est également ulcérée, à gauche cet enduit donne l'impression d'une fausse membrane. Par ailleurs, le voile se contracte bien, le réflexe nauséux existe. Pas de stomatite, pas d'éléments anormaux ni sur la langue ni sur les gencives, pas d'érosion nasinaire. Il existe une adénopathie satellite, bilatérale, sous-maxillaire faite de ganglions séparés, à peine douloureux, roulant sous les doigts, plus marqués à gauche, pas d'autres adénopathies, pas de splénomégalie. Le reste de l'examen est normal, à part l'existence d'un R.M. sans signes fonctionnels, bien compensé, et une légère urobilinurie. Le résultat du prélèvement de la veille est connu : pas de bacille de Klebs-Loeffler.

On conclut à une angine ulcéromembraneuse, des attouchements au novar sont prescrits, un frottis est demandé. Les jours suivants, l'état de la gorge reste stationnaire. La température continue à osciller entre 38-38.5. La fétidité de l'haleine persiste. A la suite du résultat du frottis qui montre l'absence de l'association fuso-spirillaire, une numération et formule sont faites : G. R. 3.800.000 — G.B. 6.000 — P.N. 70 % — P.E. 1 % — M.M. 17 % —

Monocytes 8 % — lympho 7. L'adénopathie semble rétrocéder légèrement.

Le 6 novembre, on signale un léger clocher thermique, avec un syndrome douloureux abdominal rattaché à une annexite et l'apparition d'un petit nombre d'éléments discrets rattachés à une éruption sérique. Mais l'état de la gorge reste stationnaire, les S.F. et T inchangés. Aussi le diagnostic est-il remis en question, étant donné l'absence de fuso spirilles et l'inefficacité des attouchements au novar, la négativité des trois ensemencements de nez et de gorge et l'action nulle du sérum antidiphthérique, le résultat de la numération globulaire et de la formule sanguine, de même que la diminution de l'adénopathie cervicale.

L'éruption sérique est examinée de plus près. Il s'agit en réalité de papules rosées non prurigineuses, siégeant sur le front, les joues, le menton. Aux éléments s'associe une céphalée tenace. Mais l'examen complet ne montre que l'adénopathie sous-angulo-maxillaire. Pas de splénomégalie. Pas d'alopécie. Pas de plaques muqueuses génitales ni anales, ni buccales, à part l'ulcération sale, anfractueuse recouverte d'enduit blanchâtre cohérent des deux amygdales.

L'interrogatoire un peu poussé apprend qu'à la suite d'un accouchement prématuré à l'âge de 17 ans, les parents la placent dans une maison de religieuses à Alençon. Des prises de sang lui sont faites tous les 6 mois. A sa majorité, en 1940, elle revient à Paris. S'étant déclarée bonne à son entrée, elle n'a exercé en réalité cette profession que quelques mois, et dès le début de 1941 elle se fait faire tous les mois une prise de sang à l'hôpital Broca. Jusqu'ici elles étaient toutes négatives.

Le 7 novembre, le résultat de la réaction de Wassermann faite la veille est ultra-positif. L'examen de l'ulcération n'a pu déceler la présence de tréponème. Le 8 novembre au matin on pratique une injection de novar 0,15 I.V. Le soir la céphalée devient d'une intensité accrue. Des nausées et des malaises font leur apparition. La T° monte à 39,1. Efflorescence d'éléments cutanés nouveaux sur les avant-bras et les paumes des mains. Les éléments du cou sont plus caractéristiques : maculopapuleux, papuleux infiltrés, papulo-

squameux et même par endroits papuloulcéreux. Le phénomène d'Herxheimer au niveau des amygdales prend une grande extension. L'augmentation des ulcérations est de plus en plus marquée. La perte de substance est considérable, le fond sale anfractueux est comblé par un enduit crayeux, grisâtre, fétide, les bords taillés à pic sont d'un rouge vif, l'ulcération à gauche creuse de plus en plus et le pilier antérieur est perforé. On aperçoit à travers l'ulcération prononcée l'amygdale presque inexistante. La dysphagie et l'adénopathie deviennent plus modérées. Le nasonnement et le reflux persistent. La température redescend aux environs de 38. On continue le traitement en faisant le 10, 11, 12 novembre, 0,01 de cyanure.

L'apparition de diarrhée, de stomatite et gingivite importantes font reprendre le novar les jours suivants à faible dose. Aussitôt, amélioration considérable. Les ulcérations se nettoient. Le comblement se fait. La température redevient normale le 17 novembre. Le traitement au novar est poursuivi aux doses habituelles. La malade sort le 21 décembre complètement rétablie.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 7. — Dès le début d'octobre 1935, Mme F... M., âgée de 31 ans, sans profession, se plaint de vifs maux de tête à prédominance occipitale. Ce n'est qu'au bout de 10 jours qu'apparaissent la dysphagie, la tuméfaction de l'amygdale droite et des adénopathies cervicales. La T° indique alors 37.8.

A cette date, vers le 10-15 octobre, elle reçoit une injection de propidon qui n'amène aucune amélioration. Parmi les antécédents, on note un phlegmon amygdalien, plusieurs avortements, elle a une fille de 12 ans et a subi une hystérectomie subtotale pour salpingite. Les B.W. pratiqué tous les trois mois sont tous négatifs. Le dernier en date 16 juillet 1935.

Le 2 novembre 1935, elle est envoyée par Beaujon à Claude-Bernard pour diphtérie où, à son entrée, elle reçoit 30.000 unités A.D. T° 38.2.

Le 3 novembre, la T° est à 37.6-38. Le pouls à 100. T.A. 10.5/6.

La malade est pâle, fatiguée et accuse avec de la céphalée une dysphagie peu intense. Il n'y a pas de trismus. L'amygdale droite est énorme, dure et douloureuse au toucher, recouverte d'un enduit blanchâtre peu épais et facile à détacher ; il montre que la muqueuse sous-jacente est d'un rouge vif avec une exulcération superficielle. Les adénopathies sont strictement droites, sous-angulomaxillaires, assez prononcées pour créer une déformation visible à l'angle de la mâchoire. Les ganglions en sont très durs, non douloureux, empâtés. La périadénite est marquée surtout en arrière. Les autres territoires ganglionnaires sont indemnes, sauf une adénite inguinale bilatérale. La rate est percutable. L'ensemencement de gorge est négatif.

Devant ce tableau aigu, accompagné d'adénopathie et de splénomégalie, un examen sanguin est pratiqué. Le résultat est le suivant : G.R. 4.500.000 — G.B. 7.500 — P.N 72 % — P.E 1 % — M.M. 27 %.

Le 5 novembre, T° 37.4-37.8. Deux autres ensemencements sont négatifs. L'état des amygdales reste stationnaire. L'exsudat s'épaissit. L'adénopathie cervicale droite persiste et en même temps on note l'apparition d'adénite cervicale gauche remontant jusqu'à l'occiput. Les tréponèmes font défaut à l'examen ultra-microscopique de l'exsudat amygdalien. Ce même jour, du sang prélevé est envoyé à Saint-Louis en vue de l'examen sérologique.

Le 8 novembre, le résultat du B.W. pratiqué à Claude-Bernard arrive en même temps que celui envoyé à Saint-Louis. Toutes les réactions sont fortement positives. Un quatrième ensemencement de gorge est négatif.

Le 9 novembre, cyanure 0,01 I.V. Le surlendemain, le traitement mercuriel est interrompu par l'apparition d'une diarrhée sanglante. Un clocher à 39 se produit le soir même, mais cependant déjà la gorge se modifie, l'exsudat est disparu, l'amygdale est moins dure, toutefois le mercure n'a pas encore eu de l'action sur l'adénopathie. On commence le novar, puis le 17 on adjoint le bivatol.

Le 18 novembre, la gorge est absolument normale, on ne note

que la persistance d'un gros ganglion sousangulomaxillaire droit et la malade peut sortir le 28 novembre.

Il semble que malgré l'ultra négatif, il s'agisse bien d'un chancre amygdalien à cause de la stricte unilatéralité, la forte induration de l'amygdale et l'unilatéralité de l'adénopathie cervicale. L'adénite inguinale pouvait être expliquée par le propidon. Les signes de la syphilis secondaire ne font qu'apparaître ; céphalalgie, splénomégalie mais ni éruption, ni plaques muqueuses.

En présence d'une angine traînante, la diphtérie, l'angine de Vincent, l'angine à monocytes et la leucémie sont à peu près les seuls diagnostics évoqués. Mais si la syphilis est trop oubliée, il arrive que la véritable origine de l'angine ne soit reconnue que d'une façon rétrospective après une multitude d'erreurs de diagnostic.

Le diagnostic rétrospectif peut être bien illustré par l'observation suivante, dans laquelle le chancre de l'amygdale droite fut tour à tour considéré comme un phlegmon puis une angine de Vincent. La malade a reçu une série d'électrargol intraveineux et a subi une amygdalectomie et une opération pour l'ablation de ses ganglions cervicaux.

Observation N° 8. — Cas rapporté par Carteaud (Annales de vénéréologie, février 1933).

Le 18 avril 1932, Mme L., âgée de 30 ans, vient nous consulter à Saint-Louis pour une éruption qui ne veut guérir malgré les soins de son médecin traitant.

Il existe, disséminées sur le dos des mains, avant-bras, bras, poitrine, dos, flanc, haut des cuisses, au pourtour du nez, bouche, front, des syphilides psoriasiformes mêlées aux syphilides papuleuses typiques. Aux lèvres, sur les gencives et sur l'amygdale gauche, nous constatons de nombreuses plaques muqueuses. A la vulve et autour de celle-ci, on note également des plaques papuloérosives qui fourmillent de tréponèmes.

La malade se plaint de plus en plus de fatigue générale, asthénie, insomnie et céphalée. Le B.W. est ultra-positif.

Son histoire bien intéressante est la suivante :

Après un séjour hivernal sur la Côte d'Azur, dans une petite plage du Var actuellement très en vogue, cette jeune femme a été prise, le 18 janvier 1931, d'une angine s'accompagnant de fièvre qui l'obligea à s'aliter. Dès le lendemain, son médecin posait le diagnostic d'une angine banale avec bronchite. Sous l'effet du repos, du lit et d'une potion, la bronchite disparut rapidement, mais l'état du pharynx ne s'améliora pas. Aux environs du 25 janvier, on porte le diagnostic d'angine phlegmoneuse droite et trois injections d'électrargol sont pratiquées en vue de faire avorter celle-ci. Le résultat thérapeutique fut nul. Les troubles augmentant, on fit, au début de février, aux lumières d'un O.R.L. qui porte le diagnostic d'angine de Vincent de l'amygdale droite et prescrit des applications locales de novar et des badigeonnages cocaïnés. Mais l'amélioration ne survient toujours pas. La déglutition devient très difficile, même pour le liquide. On dut, aux dires de la malade, lui donner durant trois jours un goutte à goutte rectal. Du fait de la gravité de son état, on s'est décidé le 16 février à pratiquer une amygdalectomie droite. Malgré cette intervention, l'état général reste précaire. La céphalée, la douleur de gorge persistent, de plus une volumineuse adénite cervicale à localisation carotidienne s'est extériorisée. Enfin, pour compléter le tableau, une éruption est apparue, faite d'éléments plus petits mais comparables à ceux constatés à Saint-Louis. Cette éruption fut éti-quetée médicamenteuse et jugée sans intérêt.

Le 6 mars, les ganglions cervicaux augmentant chaque jour de volume, on s'est décidé à confier la malade à un chirurgien de chirurgie générale qui procéda à l'ablation de cette pléiade ganglionnaire et en particulier d'un très gros ganglion.

La malade nous déclare que cette intervention fut suivie d'une grande amélioration de gorge, mais, à son grand désespoir, l'éruption ne fit que s'accroître.

Ces quelques observations font ressortir certaines particularités de la syphilis angineuse.

Ce qui frappe de prime abord, c'est la longue durée de l'angine, sans caractères apparemment bien nets, puisque diverses maladies peuvent être tour à tour envisagées. Ces hésitations sont dues à ce que l'on ignore l'atteinte pharyngée de la syphilis, trop méconnue.

Toute angine, fébrile ou subfébrile, résistant à une thérapeutique banale durant plus de 15 jours doit faire penser à une angine syphilitique.

Le diagnostic se fait de lui-même, car :

— La diphtérie ne peut rester masquée durant 15 jours, localement les fausses membranes prennent plus d'ampleur, l'état général est plus touché.

— L'angine ulcéromembraneuse s'en rapproche peut-être le plus, surtout en cas de chancre syphilitique, mais elle n'a pas une durée si prolongée et ne dépasse qu'avec extrême rareté une quinzaine de jours.

— L'adénopathie et l'atteinte de l'état général sont plus marquées lors d'une leucémie.

— L'angine à monocytes, seule, pourrait être sujet à contestation. La formule et l'évolution dans les cas les plus suspects se chargeront de régler le litige.

Le diagnostic pourrait également se poser avec l'angine tuberculeuse aiguë à type de Julliard-Isambert-Barth, principalement dans la forme pseudo-phlegmonneuse primitive ; avec l'angine de la morve ; avec les angines mycosiques et avec la lymphogranulomatose à forme pharyngée. Cette discussion a été omise avec intention, car si la syphilis est relativement rare, ces affections sont tout à fait exceptionnelles.

Quant à la syphilis, elle n'est pas tellement rare, le Professeur LEMIERRE, dans son service de l'Hôpital Claude-Bernard, relève de 3 à 4 formes angineuses fébriles chaque année.

En résumé :

— En cas d'unilatéralité, le diagnostic de la syphilis se base donc et avant tout sur : la forte induration ligneuse, amygdalienne et l'adénopathie strictement unilatérale.

— En cas de bilatéralité, la recherche des signes de la syphilis est capitale, principalement, des plaques muqueuses et de l'éruption, qui peut être retardée ou faire défaut, le plus fréquemment elle existe, mais discrète, atypique.

FORME ERUPTIVE

L'existence de la fièvre au cours d'une éruption secondaire n'est pas pour nous surprendre. Bien décrite déjà par FOURNIER, elle précède, accompagne les éléments éruptifs, ou apparaît quelques jours après eux. Pour Favre, elle serait même constante au cours de l'éruption..

Le polymorphisme de l'éruption a été, lui aussi, bien étudié.

Néanmoins, on ne pense pas assez à cette double association d'une fièvre, plus ou moins élevée, et des éléments plus ou moins atypiques, frustes ou abondants. Cette association suffit à elle seule à égarer le diagnostic, pour peu que la syphilis soit méconnue.

Ce n'est pas l'étude des formes pemphigoides, ecthymateuses, impétigineuses ou herpétiformes qui sera faite ici ; pas plus que de celle qui rappelle un érythème noueux. Ces formes sont pour ainsi dire inexistantes.

La syphilis maligne ne sera que rapidement citée à la fin de ce paragraphe.

Par contre, certaines formes sont bien plus intéressantes à étudier, ce sont celles qui posent le diagnostic avec les fièvres éruptives.

Véritable septicémie, la syphilis peut se traduire au cours de sa période secondaire par des symptômes généraux marqués.

A la fièvre font cortège un pouls accéléré, une prostration et une rachialgie parfois accentuées, un mal de

tête intense, enfin une lassitude et courbature prononcées. S'y associent par moments, des douleurs erratiques, musculaires, articulaires, osseuses.

Tout ce tableau clinique n'est pas pour nous surprendre lors de l'invasion d'une forte fièvre éruptive. La réunion de tels phénomènes ne nous fait pas hésiter si l'éruption naissante très typique est constituée par des syphilides papuleuses. Incertain durant quelques jours en cas des éléments atypiques du début, le diagnostic peut être égaré devant une éruption d'aspect peu habituel à la syphilis et devant des signes généraux marqués.

Suivant le caractère éruptif on peut décrire des formes morbilliformes, rubéoliformes, varicelliformes.

L'atteinte de l'état général peut primer sur l'éruption, pour peu que cette éruption soit fruste et clairsemée ; le tableau réalisé est celui d'une fièvre typhoïde et sera étudié dans le paragraphe suivant. Mais les éléments bien apparents évoluent parfois vers le stade vésiculo-pustuleux, aussi la clinique rappelle-t-elle l'idée d'une variole.

Parfois une atteinte de l'état général très prononcée, des myalgies, ostéalgies, arthralgies intenses évoquent l'idée de Typhus.

La *forme morbuliforme* semble assez fréquente, néanmoins peu de cas ont été publiés. Le diagnostic est basé sur l'existence de la congestion oculonasale, le début de l'éruption par la face et sur son aspect maculopapuleux. La confusion est possible, d'autant plus qu'une éruption syphilitique est souvent papuleuse et qu'une rougeole peut être plus ou moins fruste. Les macules peuvent débiter par la face, être accompagnées d'un énanthème et même d'une stomatite. Il est rare que le catarrhe oculonasal fasse défaut dans le tableau d'une rougeole, mais sa valeur n'est pas absolue puisque FOURNIER relate dans ses leçons cliniques de l'Hôpital Saint-Louis l'histoire suivante :

Observation N° 9. — Fournier (Leçons cliniques de Saint-Louis).

Une jeune femme est admise à Saint-Louis pour une éruption maculo-papuleuse.

La température très élevée, la face congestionnée et vultueuse, le catarrhe tant nasal qu'oculaire laissent à prévoir à première vue une rougeole.

Le diagnostic semblait confirmé par l'existence d'éléments maculo-papuleux florides.

L'examen approfondi montra toutefois que les éléments n'étaient pas tous morbilliformes, et l'examen des organes génitaux montra un chancre en voie de cicatrisation.

La congestion déborde parfois sur le pharynx et le larynx et peut dans certains cas être prédominante comme le montre une des observations du professeur LEMIERRE.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 10. — Mme L... Odette, âgée de 32 ans, sans profession, est transférée à Claude-Bernard. Le début de la maladie remonte au 4 décembre 1940. Dans un service de chirurgie où elle était entrée pour fissure anale, elle est prise brusquement d'un frisson. La température monte à 40.3 en même temps qu'apparaissent l'abattement et la dysphagie.

5 décembre, T° 40. La dysphagie s'accroît, l'éruption fait son apparition.

Le 6 au soir, elle est envoyée à Claude-Bernard avec le diagnostic de rougeole. T° 38.2. Cet état s'accompagne d'angine suspecte. Une injection de 30.000 unités A.D. a été prescrite à son entrée.

7 décembre, T° 38. Pouls 70. T.A. 9.5/4. On se trouve en présence d'une grande femme brune, très polie, aspect d'une femme fatale. Pâle et un peu fatiguée, son état général ne laisse pas à désirer. On est frappé d'emblée par l'éruption constituée de ma-

cules et de maculopapules assez larges, bien espacées avec intervalles de peau saine. Elles prédominent au front, au menton et à la partie supérieure du thorax, au sein et dans le dos. Quelques rares éléments sur les bras et les cuisses. L'abdomen est respecté à peu près complètement. L'examen de la gorge montre sur l'amygdale gauche un enduit blanchâtre d'aspect diphtéroïde, peu étendu, n'atteignant pas la luette, facilement détachable ; sur l'amygdale droite, la présence d'un enduit opalescent rappelle une fausse membrane qui s'étend en arrière. Quelques petits ganglions sous-maxillaires siègent à droite. La muqueuse anale présente un enduit blanchâtre s'accompagnant de vives douleurs et d'une grosse adénopathie inguinale. Le foie est un peu gros. La malade avoue de l'éthylisme, les urines sont normales, de même que le reste de l'examen.

Du 7 au 12, la température descend à la normale. Le prélèvement de la gorge est négatif, mais l'angine et l'éruption persistent. Les éléments semblent être devenus plus nombreux. A côté des macules et des papules, quelques éléments sont parvenus au stade vésiculeux. Le polymorphisme de l'éruption, la prédominance à la face et à la partie supérieure du thorax, la présence d'une plaque muqueuse anale aiguillent l'attention vers la spécificité.

13 décembre, le résultat du B.W. étant positif, on institue le cyanure.

Le 16, l'éruption s'atténue, la douleur anale est disparue, une stomatite légère fait son apparition.

Le 17, le cyanure est remplacé par le novar.

Le 5 janvier, novar 0,75. L'injection est suivie de fatigue, nau-sées et douleurs abdominales à droite.

La série de bivatoil est commencée le 10 janvier.

La malade quitte le service le 4 février en parfait état.

Les meilleurs signes différentiels restent donc les complications broncho-pulmonaires et otitiques bien spécifiques de la rougeole, mais la forme morbilliforme ne résiste pas à un examen général bien conduit et complet.

Les formes *rubéoliformes* sont encore plus sujettes à induire en erreur. La rubéole s'en rapproche par son adénopathie sous-occipitale, cervicale postérieure et sus-épitrochléenne, par ses signes généraux qui peuvent se réduire au strict minimum, par son éruption morbilliforme ou pouvant être aussi polymorphe que celle de la syphilis. En fait, la distinction de cette forme de la précédente est purement livresque.

La *varicelle* évolue avec ses signes généraux peu marqués. Son éruption envahit sans ordre toutes les parties du corps. Les éléments sont polymorphes et les plus évolués sont au stade vésiculeux avec une vésicule contenant une sérosité aussi transparente que l'eau de roche. Cette vésicule est vraisemblablement le caractère qui a le plus de valeur.

De même la syphilis peut débiter sans ordre, et avoir un polymorphisme dont le stade le plus évolué est la vésicule, l'observation du Professeur LEMIERRE est assez significative à ce point de vue.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 11. — Mme M... Hélène, âgée de 31 ans, découpeuse actuellement en chômage, entre dans le service le 31 octobre 1939 pour éruption fébrile. Alitée depuis le 20 pour une métrite, elle présente des douleurs abdominales, se sent fatiguée et vers la soirée légèrement fébrile. Elle ressent même quelques frissons. Pendant cette période, aurait fait son apparition une dysphagie avec état nauséux.

Le 28 octobre, au réveil, elle constate l'existence d'éléments à la face. En s'examinant plus attentivement, elle s'aperçoit que cet exanthème est plus intense à la base du cou et dans le dos. Les jours suivants, il progresse. Léger sur le thorax, il est plus visible sur les bras, principalement à la face interne. Mise sur le compte de la constipation durant les premiers jours, l'éruption

est devenue suspecte par sa longue durée, elle ne fait que s'accroître.

1^{er} novembre. Au quatrième jour de l'éruption, T° 37.8-38. Pouls 80. T.A. 9.5/5.5. Les éléments éruptifs composés de macules, papules, et même par endroits de vésicules, sont disséminés sur tout le corps avec prédominance à la base du cou et dans le dos. Le stade papuleux est prédominant. Les éléments deviennent prurigineux le lendemain. L'adénopathie rétroauriculaire et cervicale droite s'accompagne d'une rate percutable et palpable. La muqueuse bucale est indemne. La langue saburrale, la dentition mauvaise. Poumon, cœur et foie normaux. L'abdomen est sensible dans la région hypo-gastrique gauche. Pas de plaques muqueuses, vulvaires ou anales. Exocervicite avec pertes blanches fort abondantes. L'examen du système nerveux est normal. Les urines sont urobilinuriques. Parmi ses antécédents on note une congestion pulmonaire gauche. Réglée à 16 ans régulièrement. Pertes blanches plus marquées après son mariage. A eu 5 enfants tous bien portants. Le deuxième prématuré est porteur d'une lésion cardiaque. On pense, au premier abord, à une varicelle avec infection génitale. Elle reçoit trois jours de suite deux comprimés de septoplrix. Une formule et numération sont pratiquées et montrent G.R. 4.460.000.

G.B. 12.800 — P.N. 61 % — P.E. 2,5 % P.B. 0,5 — métamyélocytes 3,5 % — M.M. 5,5 % — monocytes 3,5 % — lymphocytes 5 % — myélocytes 18,5 %. Mais les éléments examinés de plus près sont principalement papuleux, saillants, à base infiltrée, d'une teinte rosée, siègent électivement au front et à la base du cou. Nulle part une vésicule typique. La malade lasse se plaint d'une légère céphalée. La rate est percutable. L'adénopathie rétroauriculaire est notée. Le Wassermann est demandé.

3 novembre. L'éruption devenue très prurigineuse commence à pâlir et à s'affaïssir.

Le 6 novembre, le résultat du B.W. est positif. L'urée sanguine est à 0,29.

Le 7 novembre, la malade reçoit la première injection de novar 0,15.

Le 8 novembre, on commence le cyanure. Quelques éléments prennent l'aspect circiné. On adjoint le bivatol à partir du 29.

Le 11 décembre la céphalée, l'éruption rosée sur les épaules et les avant-bras, la rate difficilement palpable, persistent toujours. La malade sort le 10 janvier, en cours de traitement.

L'erreur qu'entraîne la syphilis avec la *variole* est connue de longue date. Plusieurs traités ont été écrits à ce propos. Les signes qui plaident en faveur de la variole sont la brusquerie du début de la maladie, une rachialgie prononcée, la marche spécifique de la température qui marque un crochet lors de l'invasion, pour tomber jusqu'à la normale puis remonter lors de la suppuration, l'évolution particulière de l'éruption. L'exanthème apparaît sur la face et le cuir chevelu et progresse par poussées, en descendant. Les éléments passent successivement dans leur ordre d'apparition, par le stade maculopapuleux, vésiculeux, pustuleux puis s'ombiliquent et forment une croûte. La pustule varioleuse reposant sur une base infiltrée, est entourée d'une auréole inflammatoire.

Tandis que la syphilis constituée par une éruption polymorphe, procède par poussées sans règle topographique fixe, et ne s'accompagne pas de rachialgie, mais la dernière épidémie de variole de Paris en 1942 montre que ces distinctions classiques ne sont pas si absolues.

Une éruption très fournie, généralisée à tout le corps, associée à une température à 40° avec rachialgie et abattement, a bien le droit d'éveiller d'emblée le diagnostic de variole qui semble confirmé par l'existence d'éléments pustuleux. Ce fait est illustré par l'observation suivante :

Observation N° 12. — Morin, Thèse 1888 (observation N° 1).

Mlle G... Rosalie, âgée de 21 ans, couturière, entre le 14 janvier 1887 dans le service du Professeur Fournier.

La malade se présente à la consultation pour une éruption

généralisée sur tout le corps, la face et particulièrement le front. Quand on regarde de plus près, l'aspect objectif donne plutôt l'idée d'une éruption de variole. Les éléments ont le même caractère sur le nez et sur les avant-bras.

Fournier pensa tout d'abord à la variole. La malade en effet était atteinte d'une fièvre intense, le pouls était rapide, le faciès tiré, l'air hébété, l'appétit nul. La malade accusait une céphalalgie intense.

En découvrant le tronc, l'éruption change de caractère. Elle est papuleuse en certains points, en d'autres papulosquameuse, notamment sur le haut du dos et de la poitrine. Sur le ventre elle est simplement papuleuse, de couleur cuivrée. Dans l'aîne gauche un volumineux ganglion met sur la voie du diagnostic. A la commissure vulvaire est caché le chancre initial. Le traitement fait merveille.

D'autres fois la syphilis est si parfaitement masquée que la crainte de la contagiosité fait hésiter un certain temps le diagnostic. Les observations suivantes sont tout à fait démonstratives.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 13. — M. L... Joseph, 53 ans, ébéniste et frotteur de parquets est transféré à Claude-Bernard suspect de variole le 11 avril 1938.

Parmi ses antécédents on relève une pleurésie. A Paris depuis 10 ans, séparé de sa femme depuis 2 ans, il se trouve en chômage depuis trois mois. Ethylisme avoué.

Le 2 avril 1938, le début de la maladie est brutal. Caractérisé par des frissons et une ascension thermique à 39. Un malaise et une courbature accentués, des douleurs multiples principalement des arthralgies, myalgies et une céphalalgie. Les jours suivants, l'éruption débute par la partie antérieure du thorax, puis la face et se généralise peu à peu. La température oscille entre 38 et 38,5. Les arthralgies intermittentes se localisent aux deux genoux et à l'épaule gauche. La persistance de l'éruption et de la céphalée,

aussi bien diurne que nocturne, le décide à aller consulter à Laënnec qui l'envoie à Claude-Bernard.

Le 12 avril, T° 38,5-38,2 — pouls 80 — T.A. 13-10. On se trouve en présence d'un homme amaigri, aux cheveux grisonnants ébouriffés, à la barbe en broussaille, d'aspect hirsute.

L'éruption est composée de macules, papules et pustules très serrées mais séparées les unes des autres. Elles recouvrent très abondamment toute la face, le cou, mais sont surtout nombreuses au front et au dos où elles atteignent une grande taille. L'éruption est généralisée, atteint aussi bien la paume des mains et la plante des pieds que le cuir chevelu, où les éléments croûteux prédominent. Au niveau des organes génitaux, sur le scrotum et la verge, existent des éléments suintants avec œdème. La cavité buccale et la gorge sont respectées.

Les éléments pour une région donnée sont d'âge différent, très denses les pustules sont nombreuses, tous les éléments sont infiltrés et surélevés. De coloration rosée pour la plupart, certains sont centrés par une croûte gris brunâtre entourée de desquamation en collerette. Le reste de l'examen montre une adénopathie inguinale, un foie débordant légèrement les fausses côtes et de l'urobiline dans les urines. Devant une éruption aussi abondante, dense et généralisée, devant une atteinte si marquée de la face et devant des signes généraux marqués, on pense à la variole et prescrit du xylol.

Les jours suivants, l'état reste stationnaire, la température à 39, les éléments persistent et le diagnostic commence à être mis en doute.

Le 18 avril, le Professeur Lemierre rentrant de vacances, pose le diagnostic de syphilis varioliforme. La sérologie est ultra-positive. L'urée à 0,36, l'examen de sang montre G.R. 3.180.000 — G.B. 10.200 — P.N. 68 % — P.E. 2 % — M.M. 30 %.

Le 19 avril, on commence le novar. Dès la seconde injection la température est redescendue à la normale.

Le 24, au niveau de la muqueuse palatine apparaît une petite plaque muqueuse typique, de la taille d'une grosse lentille. L'érup-

tion ne s'atténue que progressivement grâce au traitement novarcyanure combiné.

Le 5 mai, on associe les injections de bivatol. L'éruption s'efface et laisse une pigmentation cuivrée. A part une légère crise de diarrhée passagère et quelques crachats sanglants, le 29 mai, il n'y a pas eu d'incidents.

Le malade sort le 20 juin, seule une pigmentation sans infiltration persiste, l'état général est excellent.

Observation N° 14. — FOURNIER, Leçons clinique de l'Hôpital Saint-Louis.

Une malade admise par un des médecins de l'hôpital Saint-Louis est envoyée au pavillon d'isolement des varioleux. Deux jours après elle est exclue en toute hâte, il s'agissait en réalité de syphilides papulacnéiformes qui ont débuté par un fort accès fébrile avec courbatures violentes, myalgies, rachialgie, céphalalgie et vomissements.

La similitude est par moments complète mais le diagnostic résiste mal à un examen général bien conduit car l'éruption est disparate pour une région donnée. Les éléments sont certains maculeux, papuleux, vésiculeux, pustuleux comme dans la variole, mais d'autres sont papulosquameux, de teinte cuivrée, avec une collerette de Bielt. Dans ce cas la collerette semble acquérir quelque valeur diagnostique. L'évolution ultérieure des éléments et de la courbe thermique aident au diagnostic.

Le typhus, aussi bien que les maladies éruptives communes, peut être invoqué en présence d'une syphilis bien atypique.

L'exanthème maculo papuleux peut donner le change lorsqu'il est associé à des phénomènes généraux prédominants et évoquant à eux seuls l'idée d'un typhus ou d'une infection à protozoaire, qu'il soit rickettsia ou spirochrome.

Les signes généraux peuvent être très accentués : la céphalalgie, la rachialgie, les douleurs articulaires et osseuses, les myalgies, la fièvre élevée et même un degré de tufus plus ou moins accentué.

Seule l'injection conjonctivale semble faire défaut. Quant à l'examen hématologique, le résultat est sans valeur, une hyperleucocytose à 12-13.000 pouvant être rencontrée au cours de la syphilis.

Voici une observation à début peu habituel pour une syphilis.

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 15. — Mme S... Charlotte, âgée de 29 ans, interprète, entre le 10 octobre 1941 au soir, pour fièvre éruptive.

Le début assez brusque, remonte vers la mi-septembre avec des douleurs multiples, principalement articulaires au niveau de l'épaule et du coude. Il s'accompagne d'une céphalée très vive. La température est à 39 et continue à osciller entre 38 et 39 les jours suivants. Les douleurs semblent se généraliser tant musculaires qu'articulaires et osseuses mais les articulations touchées sont celles surtout de l'épaule et du coude. La douleur épargne les autres. Ces algies disséminées et la céphalée à recrudescence nocturne sont assez vives pour la réveiller la nuit. Le salicylate de soude a peu d'action sur elle. Vers la fin de septembre la malade constate l'apparition de petits éléments rosés sur l'abdomen, éléments qu'elle semble rattacher aux injections de naiodine entreprises vers cette date. Le lendemain des premières injections, aux dires de la malade, se produisaient des poussées nouvelles de papules rosées. L'éruption gagne progressivement le haut des cuisses, le dos. La T° persiste toujours aux environs de 39, les douleurs de même que la céphalée restent inchangées.

Le 6 octobre, au réveil, une légère dysphagie se fait sentir, la voix est rauque, la malade est secouée dans le courant de la journée par de grands frissons.

Dans les antécédents, on signale que mariée à 19 ans elle a un enfant de 8 ans bien portant, n'a pas eu de fausse couche. Son

mari en bonne santé mobilisé en Tunisie aurait présenté à son retour en France un épisode fébrile étiqueté paludisme.

Le 11 octobre, T° 38 — Pouls 80 — T.A. 12/7. La malade fatiguée mais bien lucide continue à souffrir de la tête, de ses articulations et de son mal de gorge. L'éruption est généralisée formée de macules mais surtout d'éléments papuleux rosés arrondis ne s'effaçant pas à la pression, certains très infiltrés, sans tendance ecchymotique. Les éléments éruptifs n'ont pas de siège d'élection, prédominant toutefois sur le front. Quelques-uns d'entre eux ont leur base fortement infiltrée et ressemblent à de véritables nouures.

L'éruption est généralisée. Palpable au cuir chevelu, nette à la face, perceptible sur l'abdomen et aux membres, pas de localisation palmaire ni plantaire. La rate est percutable sur deux travers de doigts mais non palpable. Le foie de volume normal, le cœur régulier. L'idée d'iodides au cours d'un R.A.A. semble pouvoir être rejetée. L'idée du typhus par contre retient le diagnostic grâce au caractère de l'éruption maculo-papuleuse à son début brusque, aux douleurs multiples et à la température élevée. L'attention est attirée de plus par une angine cryptique. Les amygdales sont recouvertes d'un exsudat blanchâtre assez cohérent, la voix est rauque et l'examen O.R.L. montre une laryngite catharrhale. On note l'absence de tout élément éruptif buccopharyngé. L'adénopathie sous-angulo-maxillaire est nette. Par ailleurs sont trouvés de petits ganglions occipitaux gauches, rétroauriculaires des deux côtés. L'adénopathie axillaire et inguinale est discrète. L'examen du système nerveux ne montre que des réflexes tendineux vifs. Le diagnostic de la syphilis est à peu près certain.

Le cyanure de mercure 0,01 est injecté le jour même. Dans l'après-midi la malade est prise de frissons répétés. La T° monte en clocher à 40,5 à 15 heures.

Le 12 octobre, T° 38,3 — 0,01 de cyanure. Dans l'après-midi vers 15 heures de nouveau un clocher jusqu'à 39,7. Le diagnostic du typhus n'est pas complètement éliminé, aussi la T° continue-t-elle à être prise toutes les trois heures et au moment de l'élévation thermique avec frissons une hémoculture aérobie puis anaéro-

bie a été pratiquée pour être fixées si ce n'est qu'une légère intolérance au mercure ou une étrange coïncidence due au typhus.

Le 13 octobre, arrivent simultanément le résultat de l'hémoculture qui est et restera stérile et le résultat du B.W. ultra-positif. L'urée est à 0,30.

L'étiologie est sûre. Le novar puis le bivatol sont associés au mercure. La céphalée et l'angine régressent rapidement, l'éruption s'estompe mais n'est pas disparue lors de la sortie le 20 octobre.

Le typhos et les signes nerveux, assez légers en règle générale, au cours de la période secondaire peuvent être plus caractérisés dans certains cas comme l'observation suivante le montre :

OBSERVATION DU PROFESSEUR LEMIERRE

Observation N° 16. — Mme Joséphine M..., âgée de 47 ans, contrôleuse au ministère des Finances entre à Claude-Bernard le 14 décembre 1936. Le 11 dans la nuit apparaissent brusquement des frissons, des nausées, des courbatures généralisées, une céphalée intense et un violent mal de gorge.

Le 12, elle va à son travail, mais devant la persistance de ces symptômes, rentre et s'alite. T° 38,7. Les douleurs continuent très vives à la tête, dans la région occipitale, cervicale, au dos, en particulier le long de la colonne vertébrale, véritable rachialgie. Le malade absorbe plusieurs comprimés de dial.

Le 13, elle remarque l'apparition de petits éléments éruptifs.

Le 14, son médecin l'envoie à Claude-Bernard avec le diagnostic d'éruption rubéoliforme. T° 39,4.

Le 15, T° 39-37,2 — Pouls 96 — T.A. 9,4. Depuis un mois elle aurait souffert d'insomnie et de lassitude et prend du gardénal depuis 15 jours. Actuellement, asthénisée, somnolente, apathique, elle accuse la persistance de la céphalée et de la rachialgie. L'éruption est formée d'éléments rose pâle, légèrement papuleux, durs un peu rugueux, très espacés de 7 à 10 mm. de diamètre. La face est respectée mais partout ailleurs les éléments sont retrouvés

même à la paume des mains. A la face interne des joues sur les gencives quelques éléments blanchâtres. Langue saburrale, pharynx normal. Au niveau de la face interne des grandes lèvres, des éléments papuleux rouge vif durs, du diamètre d'une pièce de 0 fr. 50. Les ganglions inguinaux sont durs, gros et un peu douloureux. Un ganglion susépirochléen. La rate est percevable sur trois travers de doigt. L'urine est urobilinurique. Foie, cœur, poumons sont normaux. Outre la somnolence et la torpeur, on note un état névropathique accentué : hyperesthésie généralisée avec mouvements désordonnés, des crampes et fourmillement musculaires, des douleurs disséminées et à la miction, hyper-réflexivité désordonnée.

Parmi les antécédents, divorcée depuis longtemps, elle a eu une lésion pulmonaire traitée et guérie, guérison vérifiée à la radiographie.

Une numération globulaire est faite : G.B. 12.900 — P.N. 83 % — lymphocytes 9 % — M.M. 3 % — monocytes 5 %.

Le diagnostic est imprécis Il est prescrit 1 gr. de cryogénine par jour et la prise de la température toutes les trois heures.

Le 16 décembre, au cours de la nuit la malade a ressenti des frissons violents et répétés. La température monte à 39,7. Deux hémocultures, l'une en milieu anaérobie l'autre aérobie sont pratiquées mais resteront stériles.

Le 17, nouvelle ascension thermique durant la nuit. T° du matin 38,2. Les myalgies sont multiples dans les avant-bras, mollets, dans le dos mais pas de signes méningés, pas de kernig, sauf une céphalée occipitale vive.

Le 18, la possibilité d'une syphilis atypique est envisagée et un examen de sang pratiqué. Le résultat connu par la suite sera positif.

Le 19 décembre, vers 15 heures, nouveau clocher thermique à 39,7 avec frissons. Le pouls bat 108, l'examen hématologique a quelque peu varié : G.B. 7.600 — P.N. 86 % — M.M. 14 %.

Les sérodiagnostics pour les bacilles d'Eberth, para A et para B seront pratiqués devant la répétition des frissons et des réascensions thermiques Ils seront négatifs.

Le 20, T° 39 — Pouls 104. Au niveau de l'amygdale droite on remarque un enduit blanc pultacé, l'ensemencement sera négatif, le résultat du B.W. est connu et la malade reçoit la première injection de cyanure. L'urée est à 0,30.

Le lendemain quelques douleurs se font sentir et la malade émet des selles diarrhéiques. Le novar 0,05 remplace le cyanure. Bien supporté, il est continué seul pour le traitement.

A partir de la deuxième injection la température est redevenue normale, l'éruption s'affaisse et pâlit.

A sa sortie le 10 janvier 1936, la malade ne présentait plus d'éléments muqueux ni cutanés.

La *syphilis maligne précoce* constitue presque une entité morbide.

L'éruption floride polymorphe se fait par poussées. La lésion papuleuse évolue rapidement et devient vésiculeuse puis pustuleuse. Il se forme sous la croûte brunnâtre, ostreacée, une ulcération. Cette lésion ulcéro-croûteuse est bien caractéristique.

Il n'y a jamais de plaques muqueuses, mais parfois quelques ulcérations analogues à l'enanthème peuvent apparaître dans la bouche.

Jamais de roséole.

Très fréquemment l'éruption s'accompagne de fièvre élevée, continue, en plateau.

Il n'a jamais été possible de déceler un seul tréponème dans les papules ou dans les ulcérations, quelle que soit la méthode employée.

La sérologie devient positive fort tardivement 2 à 3 mois après le chancre.

Seul l'arsenic a une action, le mercure n'a pas de prise.

Enfin jamais les malades ne présentent par la suite de complications viscérales, ni d'accidents nerveux.

La syphilis maligne précoce est à distinguer de la syphilis maligne ou mieux dénommée syphilis grave.

Dans celle-ci, les éléments éruptifs secondaires ont tendance à prendre l'évolution des éléments tertiaires. Fourmillant de tréponèmes, ils s'accompagnent d'une sidération de l'état général et d'une évolution galopante de la maladie où les localisations organiques constituent toute la gravité.

Voici à peu près toutes les maladies éruptives principales sous lesquelles peut se dissimuler la syphilis. Que les éléments soient méconnaissables, tant ils se camouflent, que les phénomènes généraux soient alarmants et propres aux maladies graves, la syphilis se trahit tout de même d'abord par les caractères éruptifs, ensuite par des signes banaux dont l'association est bien évocatrice, à condition toutefois qu'un examen général approfondi ait été pratiqué.

— Nécessité nous est donc de bien connaître :

— l'éruption syphilitique

— et la symptomatologie de la syphilis secondaire.

Cette éruption a quelques sièges d'élection tels que : le front, les tempes, les pourtours du nez, le sillon nasogénien, le pourtour de la bouche, le menton, la nuque, la lisière du cuir chevelu, la partie inférieure du dos, les flancs, la partie interne des cuisses, l'avant-bras et la paume des mains.

La disposition affecte quelques particularités : gracieuse, élégante, ondulante elle se groupe en S, en corymbes, en bouquets, en archipels, parfois zoniforme ou annulaire en cocarde.

L'aspect est spécial ; c'est une papule infiltrée, bronzée, rose cuivrée à tendance squameuse.

L'infiltration nette siège surtout au front où elle peut même former des nouures.

La tendance squameuse est fréquente, la collerette de Bielt est commune, elle revêt quelques variétés suivant les lieux d'élection.

Séborrhéique dans le sillon nasogénien, acnéiforme sur les ailes du nez et dans le dos, elle est impétigineuse au cuir chevelu, à la lisière du cuir chevelu, à la moustache et au menton.

Il n'y a pas de caractères d'une valeur absolue ; ils peuvent être absents et leur présence n'implique pas sans discussion possible l'idée de syphilis.

Les signes cliniques qui accompagnent l'éruption sont variés, certains d'entre eux se rencontrent presque constamment. Ce sont :

— des plaques muqueuses principalement aux grandes et aux petites lèvres,

— l'adénopathie est généralisée ; classiquement les ganglions sont froids, petits, indolents, sans périadénite. Ce n'est pas tant leur caractère que leur lieu de prédilection qui a quelque valeur : cervicaux postérieurs, occipitaux, mastoïdiens, sus-épitrochléens, sous-claviculaires,

— la céphalée à prédominance vespérale ou nocturne quasi constante,

— la splénomégalie,

— l'alopécie en clairière,

— asthénie physique, lassitude,

— dépression nerveuse, mélancolie ou au contraire l'agitation,

— courbatures et douleurs multiples erratiques, musculaires, tendineuses, articulaires, osseuses, algies pouvant réaliser le syndrome pseudo-rhumatismal.

Les plus fréquents sont l'adénopathie, la céphalée et les plaques muqueuses.

Déjà seul, un de ces signes cliniques doit mettre sur la voie et faire rechercher les signes concomitants.

Bien que la syphilis puisse se cacher sous le masque de n'importe quelle fièvre éruptive, il est rare qu'elle échappe à un examen approfondi et averti.

En fait, ces formes éruptives semblent actuellement perdre de leur valeur ; la syphilis floride en manifestations cutanées, qui du temps de FOURNIER, était d'observation courante, semble de nos jours bien plus rare. Et en pratique on est frappé par le polymorphisme de l'éruption.

FORME A SIGNES GENERAUX PREDOMINANTS

Cette forme est caractérisée par une fièvre élevée dominant les autres signes cliniques. Il semble bien que la fièvre ne soit pas le seul signe, mais qu'il y ait une véritable septicémie touchant tous les organes, réalisant une véritable panviscéríte où tous les organes sont atteints, surtout le foie et la rate, sans que l'on puisse parler d'une forme hépatique ou splénique.

Variables d'un cas à l'autre, les symptômes les plus fréquemment rencontrés sont, un affaiblissement de l'état général, une lassitude physique et morale, parfois même un véritable typhos. Diverses douleurs peuvent compléter le tableau : musculaires, articulaires et osseuses, une anémie à 3.000.000 et une hyperleucocytose à 12-15.000 sont courantes.

Aucun signe ne distingue grossièrement la syphilis d'une septicémie.

Presque tous les symptômes qui peuvent être rencontrés au cours d'une septicémie peuvent se retrouver dans cette forme.

L'étude de la courbe thermique n'a pas plus de valeur que la période d'apparition.

La fièvre revêt divers tracés : fièvre continue ou intermittente, régulière ou irrégulière. Ces tracés servaient jadis à décrire trois formes dont le diagnostic se discutait avec la typhoïde, le paludisme et la tuberculose. En fait ces distinctions n'ont absolument aucune valeur. Les examens de laboratoire ont montré que l'on ne peut plus

établir le diagnostic sur l'étude de la courbe thermique. Il est plus intéressant de savoir à quelle époque de la syphilis apparaît cette panviscéríte.

Jadis la période secondaire était considérée comme à peu près exclusive pour ces formes. La fièvre apparaissait soit comme prodrome, comme signe avant-coureur de l'éruption, soit restait isolée, réalisant la forme essentielle de Fournier.

Toutefois, la période primaire, contemporaine du chancre, n'est pas exclue comme le montre l'observation de Clément Simon. Et la période tertiaire fournit autant d'exemples que la forme secondaire, sinon plus.

Il semble bien que, lors de cette panviscéríte suivant la prédominance d'un signe donné, associé à la fièvre, on pencherait plutôt vers la typhoïde, le paludisme, la fièvre de Malte ou telle autre maladie.

Le diagnostic est tout simplement celui des états fébriles prolongés. Il a été intéressant d'opposer les divers caractères de la syphilis avec les autres maladies capables de donner un état fébrile prolongé. Il est à peu près impossible semble-t-il, de décrire toutes les apparences trompeuses, sous lesquelles tente parfois de se dissimuler la syphilis. Leur étude ne sera limitée qu'à certaines d'entre elles, trouvées dans la littérature médicale.

Les premières en date qui prêtent à confusion sont la typhoïde et le paludisme décrits par FOURNIER. Puis viennent la tuberculose, les suppurations profondes, capables de se manifester par une température hectique, et le rhumatisme. Au fur et à mesure des progrès du laboratoire et de la clinique apparaissent la maladie d'Osler, la fièvre de Malte. Enfin parmi les acquisitions récentes signalons la maladie d'Hodgkin, la leucémie et le Kala-Azar.

La *typhose syphilitique* a une individualité bien tranchée. Magistralement décrite par FOURNIER, c'est la

forme clinique qui rappelle exactement la physionomie objective de la dothiénthérie.

A la fièvre continue en plateau s'adjoint une adynamie, une torpeur parfois très fortement prononcée, au point de parler de véritable tuphos.

L'éruption secondaire peut simuler en tous points les taches rosées, par son aspect de macules rosées, par son lieu d'élection aux flancs, sur l'abdomen.

La dissociation du pouls et de la température a pu même être notée. La splénomégalie est un symptôme banal, rencontré tant au cours de la typhoïde que de la syphilis. Le tableau est troublant. Toutefois certains petits signes militent en faveur du tréponème. L'appareil digestif est en général respecté : la langue est propre, humide, elle n'est ni sèche, ni rôtie, ni racornie ; les lèvres et les gencives ne sont pas sèches ni fuligineuses. L'appétit conservé contraste avec le reste de l'état général. La fosse iliaque non douloureuse montre l'absence de gargouillement. La céphalalgie serait plus importante, l'épistaxis rarissime. L'étude des éléments éruptifs peut donner quelques indications : plus nombreux, ils sont formés de macules surélevées et parfois de papules infiltrées. Il ne s'agit pas de vraie prostration puisque l'intelligence est peu affectée et que le délire fait défaut, mais plutôt d'asthénie et d'abattement. Des râles de bronchite, souvent perçus au cours de la typhoïde, ici sont exceptionnels.

Pour minimes qu'ils soient, ces signes peuvent aider à orienter le diagnostic.

Les seuls signes de valeur indiscutable sont formés par le laboratoire.

Au lieu de la leucopénie, les globules blancs s'élèvent à 12-15.000. Mais surtout l'hémoculture et les sérodiagnostics sont négatifs à diverses reprises.

FOURNIER et ses élèves citent maints exemples de

cette forme ; mais il est à regretter qu'une hémoculture ou un sérodiagnostic n'ait pas été pratiqué et que le traitement n'ait pas été plus actif pour avoir un résultat décisif.

Sans le secours du laboratoire, le diagnostic est fort ardu. Dans les cas heureux, l'apparition des éléments infiltrés typiques jette à bas le masque de la syphilis. Intéressante à ce point de vue est l'observation suivante :

Observation N° 17. — INGOLD, Thèse Paris 1875.

Une jeune femme de 18 ans, domestique, présente dès la mi-août une sensation de lassitude, un malaise général, un amaigrissement avec anorexie, des douleurs abdominales avec constipation, d'apparition progressive. Puis une céphalée frontale, continue s'installe. Elle est si intense que la jeune femme cesse ses occupations. Sont notées également des douleurs violentes, généralisées, presque continuelles, avec des moments d'exacerbation. C'est à ce moment qu'elle demande à entrer à l'hôpital, où elle fut admise le 15 novembre.

A son entrée la T° est à 38°4. Pouls 96. L'état général très touché fait penser à une forme légère de dothienenterie, bien qu'il n'y ait pas d'hépatomégalie, de splénomégalie, ni de diarrhée ni de gargouillement de la fosse iliaque. Amaigrie, prostrée, avec des yeux cernés et la langue sèche, elle se plaint de douleurs articulaires généralisées.

Pendant 5 jours, l'état reste inchangé ; puis la céphalée et les algies, principalement les myalgies, s'accroissent. Une légère angine fait son apparition. Tous ces signes évoluent une dizaine de jours, puis, tandis que la prostration et l'hébétéude diminuent de même que le mal de gorge, des érosions bilatérales légères, véritables plaques muqueuses apparaissent aux petites lèvres et la fourchette. Les adénopathies sont recherchées et n'existent que dans la région cervicale et inguinale. Puis se sont succédés avec une intensité violente la roséole, des syphilides papuleuses, l'alopecie ; au même temps, on peut noter l'amendement rapide de l'état général.

Il est difficile de préciser le stade de la syphilis dans le cas de ROCH et de MOZER. Bien qu'une durée de 5 ans se soit écoulée depuis l'apparition du chancre, il semble qu'il s'agisse de la période secondaire, retardée par un traitement bien conduit durant 2 ans. Néanmoins, 2 ans auparavant, le malade avait été traité pour une orchite spécifique, qui semblerait tertiaire.

La dissociation du pouls et de la température, les râles aux deux bases avec les douleurs abdominales et la leucopénie ne font qu'induire en erreur. Ici comme dans bien des cas, la syphilis est un diagnostic d'élimination. On ne repense à la syphilis qu'après avoir éliminé la typhoïde, la granulie, la maladie d'Hodgkin, l'endocardite lente et la fièvre de Malte.

Observation N° 18. — ROCH et MOZER, Revue médicale Suisse Romande, 25 octobre 1926.

Un homme âgé de 43 ans, ouvrier de campagne, entre le 1^{er} septembre 1925 dans notre service pour un état fébrile. De santé robuste, il a été réformé pour un accident au genou. En outre, il signale dans ses antécédents que : « deux ans auparavant il a eu une légère bronchite traitée pendant un mois », en fait, en juin 1920 le malade avait eu un chancre typique avec tréponème et B.W. positif. Il est traité et reçoit 2 gr. 70 de néo-salvarsan. En janvier 1923, il a une orchite spécifique et reçoit 3 gr. 90 de néo-salvarsan. A la fin du traitement, la réaction de fixation du complément est devenue négative. En juin 1925, il consulte pour un lumbago. Il ne présente alors aucun accident spécifique et la réaction est négative. Toute cette partie fort intéressante de l'anamnèse a été transformée en bronchite par le malade. Le malade a été en Savoie au milieu du mois d'août, cette circonstance contribue à nous mal orienter, car nous traitons en même temps plusieurs fièvres typhoïdes prises précisément dans la région fréquentée par notre malade. Depuis huit jours, notre homme accuse de fortes céphalées et des transpirations abondantes. Il se sent courbaturé mais continue néanmoins à travailler jusqu'à ce qu'une

douleur abdominale l'oblige à s'aliter. La température à l'entrée est de 39.3. Le pouls plutôt lent à 76. Il y a de fortes transpirations et un peu de somnolence. Il existe un peu de submatité à la base du poumon gauche, et au sommet la respiration est un peu rude. Les bruits du cœur sont nets, tant à la pointe qu'à la base. La pression est à 11,5-7,5. Les réflexes sont normaux, les yeux ne présentent rien de particulier, la langue est chargée, humide, l'abdomen souple. Le foie ne dépasse pas le rebord costal, la rate est grosse, percevable sur une hauteur de 9 cm. La région sous-ombilicale est un peu douloureuse à la palpation. Il n'y a pas de gargouillement mais une légère constipation. L'abdomen est parsemé de taches rouges, peu typiques, quelques-unes sont de petits boutons d'acné. Les urines sont foncées et ne contiennent pas d'éléments anormaux.

Le 2 septembre, la température monte encore. La culture du sang est négative de même que la séro-agglutination de Widal pratiquée pour l'Eberth et les para-typhiques. Il y a de la leucopénie (4.300). Le voyage en Savoie, la fièvre élevée avec bradycardie relative, les douleurs abdominales, l'hypertrophie de la rate, les taches rosées (?), la leucopénie, nous amènent au diagnostic de fièvre typhoïde. Nous pensons que l'hémoculture est négative parce qu'elle est faite un peu tardivement et que la réaction de Widal ne tardera pas à devenir positive. Cependant, le malade quoique fatigué et somnolent n'est pas prostré comme un typhique et la langue n'est pas sèche ni rôtie.

Le 4 septembre, on note quelques râles à la base du poumon gauche. B.W. négatif. La fièvre suit son cours sans que l'allure de la maladie ait changé de caractère.

Le 14 septembre, on trouve des râles aux deux bases.

Le 18 septembre, un examen de sang donne : globules rouges 3.968.000 — G.B. 1.800 — P.N. 40 % — lympho 52 % — et 8 % de monocytes.

Le 29 septembre, le malade est apyrétique depuis 8 jours et cependant l'agglutination que nous persistons à rechercher persiste, elle, à demeurer négative pour le bacille d'Eberth comme pour les paratyphiques B.W. est encore négatif.

Le 5 octobre, le malade commence à se lever et le 16 il se sent bien. Mais la température remonte.

Le 20, il y a nettement une rechute. La fièvre est au-dessus de 39. Le pouls reste relativement lent. Il n'y a pas d'éruption nouvelle de taches rosées, pas de symptômes méningés, pas de signes abdominaux, pas de diarrhée. L'agglutination est négative.

Le 27 octobre, les oscillations thermiques persistent et atteignent 40 le soir. Le pouls est entre 70 et 90. Un examen de sang donne 4.333.000 de G.R. — 75 % de H.B. et 1.860 de G.B

Le 28 octobre, le premier bruit du cœur est sourd et on perçoit un souffle systolique à la pointe. Sans abandonner complètement le diagnostic de fièvre typhoïde, on envisage à nouveau la possibilité de l'existence d'une granulie, d'une fièvre de Malte, d'un lympho-granulome, d'une septicémie avec localisation endocarditique. Le malade a quelques chicots et on se demande s'ils ne peuvent être le point de départ de l'état infectieux. La radioscopie du poumon et celle du médiastin ne montrent rien de pathologique : donc, il n'y a vraisemblablement pas de lympho-granulome. La radio montre qu'il n'y a pas de granulations dans le parenchyme pulmonaire. Le cœur est un peu hypertrophié, surtout le ventricule gauche et l'oreillette droite. La culture du sang est encore une fois stérile, ce qui plaide contre la septicémie. L'agglutination du *micrococcus melitensis* est négative en sorte que nous revenons à notre point de départ : fièvre typhoïde avec rechute.

B.W. — Des recherches bibliographiques nous montrent que la sero-agglutination négative d'une manière persistante dans la fièvre typhoïde avérée est fort exceptionnelle. Nous nous efforçons de démontrer qu'il s'agit bien tout de même d'une fièvre typhoïde en recherchant l'eberth dans les selles. Cette recherche n'est pas couronnée de succès.

Le 9 novembre, la température baissé un peu. La rate est toujours grosse. Le souffle mitral est net à la pointe. Il y a un léger œdème des membres inférieurs.

Le 11, le souffle systolique devient râpeux. Le teint est pâle. Il y a un peu d'obscurité respiratoire à la base droite cette fois-ci.

Le 14, la température remonte.

Le 17, en réinterrogeant le malade sur sa bronchite, nous apprenons enfin l'histoire de la syphilis. B.W. négatif. Néanmoins, on pratique une injection de neo-salvarsan qui a un bon effet : avec la continuation du traitement spécifique, l'apyrexie s'installe, le souffle systolique disparaît.

Le 8 décembre, G.R. 4.681.000 — G.B. 9.300 — P.N. 44 % — lympho 50 % G.M. 4 % — 1 % de masstzellen, 1 % myélocyte. Le malade va bien, reprend du poids. La cinquième et sixième injections de neo-salvarsan provoquent des bouffées de vaso-dilatation et une élévation thermique passagère.

Le 31 décembre, le malade quitte l'hôpital.

La typhose peut être contemporaine du chancre et apparaître donc bien avant l'apparition de l'éruption.

Observation N° 19. — Clément Simon (*Bulletin Médical*, 20 juillet 1935).

La partenaire de M. B... (dont l'observation est publiée au N° 29) a été examinée par le Dr Barbier, dermatologiste des hôpitaux de Grenoble, et Clément Simon reproduit la lettre qu'il a reçue.

« La femme qui a contaminé M. B... avait, sans le savoir, un chancre du col utérin dont le diagnostic n'a été fait que trop tard.

« Le début clinique ne s'est révélé que par de la fièvre : une température continue variant entre 39 et 40 et s'accompagnant de céphalée, d'un état de prostration assez intense avec gonflement du foie et de la rate sans adénopathie.

« J'ai pensé tout d'abord à une infection typhique ou paratyphique, si bien qu'après 4 à 5 jours d'observation, je l'ai envoyée à l'hôpital, où l'on mit quelques jours avant d'éliminer cette hypothèse et de découvrir une ulcération du col où pullulaient les tréponèmes, et faire un Wassermann qui se révéla fortement positif. Sans pouvoir vous l'affirmer, je crois que sa température a duré une vingtaine de jours et n'a commencé à décroître qu'à partir de la troisième injection de novar. »

Les points distinctifs entre le *paludisme* et la *syphilis*, établis par FOURNIER, sont tombés en désuétude. Ces distinctions étaient basées sur l'apparition des accès palustres à intervalles fixes : fièvre quotidienne, tierce, quarte, à début horaire fixe, avec ses trois stades bien distincts, la présence de splénomégalie. Alors que la syphilis était considérée de symptomatologie toute différente. Les accès ne se répètent jamais à intervalle fixe ou d'une façon rare. Du moins si les accès quotidiens sont signalés, jamais de fièvre tierce ou quarte régulière. Le début de ces accès est vespéral ou nocturne, avec une céphalée et lassitude marquées, l'absence de splénomégalie est fréquente. Les trois stades ne sont pas bien nets.

La clinique a montré que ce n'est qu'à la période secondaire du paludisme que sont retrouvées les courbes thermiques bien connues et que par la suite, de même qu'au début, la fièvre ne présente aucun caractère particulier.

La description d'une crise et sa division en trois stades de frissons, de chaleur et de sueurs, est classique, mais se trouve parfois estompée même dans le paludisme. La splénomégalie est trop incertaine. Le début nocturne des crises fébriles syphilitiques aurait une valeur, et MILIAN insiste sur le caractère nocturne du clocher thermique.

L'unique critère réside dans la présence d'hématozoaires dans le sang.

Il ne faudrait pas abuser en qualifiant de paludisme toute fièvre pseudo-palustre, pas plus qu'il ne faudrait lui attribuer toute fièvre survenant chez un paludéen. L'examen sanguin minutieux répété, semble de nos jours encore trop négligé. Peut-être qu'en évoquant la syphilis en présence de tels cas où la recherche n'a pas été couronnée de succès, serait-on étonné de la trouver si fréquemment.

Voici une observation qui nous montre que, malgré le peu de signes apparents, la syphilis est tout de même en cause.

Observation N° 20. — VAHRAM (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 2 février 1917).

Une femme de 30 ans depuis 5 mois présente des accès fébriles quotidiens survenant entre 2 h. 30 et 3 h. et ayant une durée de plusieurs heures. Le début a lieu par un frisson puis l'hyperthermie à 40,5, enfin survient la transpiration fort profuse. La quinine et l'arsenic restent sans résultat. L'état général est très médiocre avec une asthénie prononcée, inappétence et vertiges. Le foie et la rate sont légèrement augmentés de volume. L'examen montre une leucoplasie buccale et plusieurs nouures syphilitiques.

L'examen sérologique est ultrapositif. Efficacité nette du traitement (benzoate et novar).

L'efficacité de la quinine a également une grande valeur, comparable à celle fournie par la présence d'hématozoaires. Il est probable que plus d'un cas de paludisme quinino-résistant relève de l'origine syphilitique. L'observation suivante est assez significative.

Observation N° 21. — LÆP (Marseille Médical, 25 mars 1932).

X..., matelot à bord d'un vapeur de la Cie Paquet, âgé de 38 ans, arrivé à Marseille le 18 novembre dernier, est atteint en même temps que quatre autres de ses camarades, de paludisme aigu, grave.

A mon arrivée à bord, je constatai que, fort heureusement, quatre de ces hommes sur 5 étaient atteints de paludisme d'une forme relativement bénigne : ils furent soignés dans mon service comme malades externes et guéris par la quinine très rapidement. Seul X... me paraissait être profondément atteint, depuis son départ de Dakar.

Mis en observation à la clinique pendant 48 heures, il présentait très nettement des accès fébriles intermittents, ressemblants

à s'y méprendre à du paludisme, et contre lesquels la quinine I.M. et I.V. simultanément administrée ne donnait aucun résultat, sans aucun symptôme par ailleurs.

Après 48 heures d'observation, l'état me paraissant relativement bénin, j'autorisai le malade à aller chez lui, continuant à le faire surveiller et traiter par mon assistant et à le voir moi-même, jusqu'au 29 novembre.

Malgré un traitement par la quinine régulièrement suivi par les voies I.M. et I.V. (en tout 4 gr. en 6 jours), le résultat fut absolument nul.

L'état était redevenu très bon et, malgré ses accès quotidiens, le malade ne demandait qu'à s'alimenter, il ne présentait pas cette asthénie et ce teint plombé des véritables paludéens.

Mis en éveil par cet échec de la médication quinique et par les nombreux cas de paludisme étiquetés « quinio-résistants » antérieurement observés, malgré l'absence de stigmates si légers soient-ils (rien du côté des muqueuses, à peine quelques ganglions inguinaux et le long des sterno-cleido-mastoïdiens), je fis faire une étude complète du sang. Celle-ci montra l'absence totale d'Eberth et d'hématozoaires, mais, en revanche, un Wassermann hautement positif.

La clinique devait illustrer, le lendemain de cette réponse, la justesse de cette recherche hématologique, et ma méfiance quant au paludisme quinio-résistant.

À peine étais-je arrivé chez le malade que sa femme me fit observer qu'il était couvert de boutons. C'était une superbe roséole, qui disparut rapidement par le 914, en même temps que baissait la température, dès le 3^e ou 4^e jour de traitement.

Le 10 décembre, le malade devait être considéré comme guéri de sa poussée aiguë de syphilis. Il continua à être traité, et aux environs du 25 décembre il reprenait son service.

Une fatigue, une lassitude survenue depuis quelque temps, avec un amaigrissement, une toux légère avec un état subfébrile, sont assez explicitement dénommés signes d'imprégnation *tuberculeuse*. Ils suffirent pour in-

citer à rechercher attentivement une localisation bacillaire, principalement pulmonaire. Le soupçon se confirme par l'existence d'une dyspnée, d'une expectoration et de quelques signes adventices pulmonaires.

La certitude semble acquise par la longue durée de l'état subfébrile, par les antécédents familiaux. Et pourtant un tel tableau peut être réalisé par la syphilis, comme le montre cet exemple : où un syndrome pseudo-bacillaire évoluait avec des accès fébriles intermittents.

Observation N° 22. — GAUTIER-Félix RAMOND (S.M.H.P., 15 juillet 1921).

Mme Lucienne X..., âgée de 29 ans, a eu en 1913 des petites ulcérations ; en octobre 1927, un accouchement à 8 mois d'un enfant mort. Peu après elle a noté l'apparition d'une toux sèche sans expectoration avec sueurs et état fébrile.

Dès 1919, elle emploie le thermomètre. Le soir, sa température oscille entre 38,4 et 38,6. Les médecins consultés trouvent quelques râles tantôt au sommet droit, tantôt au sommet gauche ; elle est suspecte d'autant plus que sa sœur est morte à 17 ans de tuberculose.

En octobre 1919, départ à Cambo où, malgré le repos, la chaise-longue, la température persiste à 39,5-40 durant les mois de janvier, février et mars.

D'avril à juillet 1920, la température est revenue à 37,7. Mais dès le mois de juillet, elle remonte à 38,6-39. Le pouls plafonne aux environs de 130. En plus, elle se plaint de dyspnée, fatigue et amaigrissement.

En septembre 1920, le médecin de son administration sollicite l'avis du Dr Kuss. Celui-ci ne lui trouve rien ni à l'auscultation, ni à la radio. La réaction de Vernes est positive.

— Dès la première injection de novar 0,20, la T° tombe à 37,3, la toux cesse, le pouls descend à 80.

Après 10 injections arsenicales, la disparition de la toux et de la dyspnée est absolue. Retour rapide de l'appétit et des forces. La T° est devenue absolument normale.

Le second exemple est non moins suggestif.

Observation N° 23. — LANZENBERG (Paris Médical, 9 juin 1923).

Une jeune femme de 28 ans a eu dans le cours de son enfance quelques maladies banales : rougeole 5 ans, oreillons à 10 et quelques petites affections peu graves. Mariée à 19 ans, elle a fait à 21 une fausse couche de 3 mois, survenue sans raisons apparentes. Aucun autre incident, aucune maladie jusqu'en octobre 1918. A cette époque, elle a contracté à Paris la grippe qui sévissait sous forme d'épidémie grave. Fortement touchée, elle avait fait alors, m'a-t-elle dit, une forme broncho-pulmonaire grave et aurait gardé le lit pendant plus d'un mois. Après une convalescence surveillée, tout rentre dans l'ordre, quand vers mars 1919, se plaignant d'inappétence, Mme O... consulte à nouveau le médecin qui l'avait précédemment soignée. Notre confrère, après un examen, minutieux, ayant cru reconnaître quelques légers signes suspects à l'un des sommets, demanda à la malade un complément d'informations.

La prise régulière de la température matin et soir et pesée hebdomadaire. Les pesées ne fournissent aucune indication valable.

Par contre, l'enregistrement de la température montra une ascension vespérale régulière variant le matin de 36,8 à 37,2 et le soir de 37,8 à 38,2. Conduit à trouver là le signe d'une tuberculose évolutive, notre confrère soumit la malade aux prescriptions hygiéniques et médicamenteuses habituelles. Après plusieurs mois de ce traitement qui n'avait aucunement modifié la courbe thermique, sur laquelle la cryogénine est restée sans effet, un séjour à la campagne libre ou en sanatorium fut envisagé. Passant outre aux indications de son médecin, qui lui avait formellement déconseillé le climat marin, la malade vint se reposer à Granville où j'eus l'occasion de l'examiner en juillet 1919.

Du côté de l'appareil pulmonaire, je n'ai noté que des signes bien minimes : une légère augmentation des vibrations au sommet droit avec une expiration forte. La radio ne révéla qu'une image thoracique normale. Du côté de l'appareil digestif, rien de notable, pas de douleurs spontanées ni provoquées, pas de troubles

fonctionnels, pas d'anomalie des glandes à sécrétion interne, du moins rien de marquant. Rien d'anormal dans les urines.

Quand après deux semaines d'observation, j'eus acquis la certitude que ni le repos, ni le climat marin n'influençaient dans un sens ou dans un autre la fébricule vespérale, je ne pus m'empêcher de penser au cas qu'avait publié M. NETTER. Je fis une prise de sang et en même temps, à tout hasard, j'injectai dans les veines une solution de novar 0,15.

48 heures après, la température était normale. Le B.W. partiellement se révélait positif.

Entre temps, le mari de ma malade était venu passer quelques jours auprès de sa femme, et avait appris d'elle que je lui avais fait une prise de sang et des injections I.V. Il vint spontanément un soir et m'avoua qu'il était en effet un ancien syphilitique et qu'il avait attribué la fausse couche de sa femme et la stérilité de son mariage à cette affection.

J'eus par la suite, à différentes reprises, des nouvelles de cette malade, qui n'a jamais cessé de se bien porter et n'a jamais vu réapparaître sa fièvre vespérale.

Dans les deux cas pseudobacillaires cités ici, il a même été inutile de pratiquer d'autres examens complémentaires en dehors de la radiographie pulmonaire.

La température hectique peut être réalisée non seulement par la tuberculose mais aussi par la présence d'une *suppuration profonde* dans l'organisme. La collection ne pouvant être évacuée peut atteindre de grandes dimensions. Si de par sa situation elle est difficilement explo-
rable, elle peut rester méconnue un certain temps, aussi la recherche d'un phlegmon périnéphrétique en cas de température inexpiquée est-elle classique.

L'existence d'une douleur ou de quelques autres signes associés localise la suppuration dont les signes locaux restent assez discrets. Qu'il nous suffise de repro-

duire l'observation malheureusement fort écourtée d'une malade de GLAZER.

Observation N° 24. — GLAZER (Berliner Klin. Woch., 30 juin 1913, p. 1215).

La malade admise sept fois à l'hôpital de 1907 à 1909, pour fièvre continue, a subi successivement et sans succès de multiples opérations, destinées à supprimer l'hyperthermie.

Une laparotomie exploratrice qui a montré une péritonite chronique avec adhérences a été suivie d'une dilatation anale puis d'une ablation de l'ethmoïde, enfin d'une trépanation des sinus frontaux.

En fin de compte, l'apparition d'une plaque muqueuse de la langue permet de rattacher les accidents à leur véritable cause et d'instituer un traitement qui fit disparaître la fièvre. La malade a grossi de 12 kilos.

La laparotomie exploratrice s'explique facilement par l'existence d'une fièvre hectique avec des douleurs abdominales sans signes bien précis.

De même le curage des cellules ethmoidales et la trépanation des sinus frontaux ont été dictés par l'existence d'une fièvre hectique et d'une forte céphalalgie frontale. Cette céphalée n'est pas pour nous surprendre, alors que nous connaissons la nature ; mais peut-être que mis en présence d'un tel malade, notre hésitation n'aurait pas été moindre pour conclure, en fin de compte, à une ethmoïdite ou à une sinusite frontale.

Le *rhumatisme articulaire aigu*, lui aussi, est fort bien simulé, principalement chez les indigènes d'Extrême-Orient comme le dit JEANSELME (*Journal des Praticiens* 31 décembre 1921).

Les douleurs généralisées sont courantes au cours de la syphilis : aussi bien musculaires et osseuses qu'articulaires. Aucune articulation peut n'être épargnée. Elle

est parfois le siège d'un gonflement et d'une légère rougeur inflammatoire. La ressemblance est surprenante à tel point que FOURNIER a parlé d'un syndrome pseudorhumatismal. Les mêmes sueurs profuses, l'anémie aussi prononcée et une hyperleucocytose identique se rencontrent au cours de ces deux maladies. Les complications cardiaques sont capitales pour faire de diagnostic. Mais là encore, leur valeur ne semble pas absolue car une atteinte cardiaque, rarissime il est vrai, a été signalée au cours de la syphilis.

Ce syndrome pseudorhumatismal est très répandu surtout dans cette forme à signes généraux prédominants ; il est presque toujours retrouvé dans toutes les observations de ce paragraphe.

Le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu n'est toutefois pas très longtemps retenu et se trouve rejeté après l'échec du traitement salicylé. On se trouve, alors, dans certains cas, aiguillé dans la vraie voie comme le montre la seconde observation de GLAZER.

Observation N° 25. — (Glazer Berliner Klin. Woch., 30 juin 1913, p. 1216).

La fièvre s'accompagnait d'arthralgie. Le malade fut traité sans succès pendant des mois pour le rhumatisme articulaire aigu. Les injections mercurielles entreprises firent disparaître fièvre et douleurs.

D'autre fois le diagnostic continue à s'égarer et le cas suivant est assez instructif.

Observation N° 26. — LANZENBERG (Paris Médical, 9 juin 1923).

Raoul L., quartier-maître charpentier, 37 ans, se plaignait de lassitude, de vagues douleurs articulaires et entra à l'infirmerie de son dépôt en mars 1917. Il y séjourne pendant 15 jours avec le diagnostic de « rhumatismes et état fébrile ». Puis il est envoyé dans ses foyers en permission. Après un pénible voyage, il arrive chez lui, s'alite et fait venir un médecin qui le soigne durant

quelques jours et conseille l'hospitalisation. L... arrive le 18 avril à Granville avec le diagnostic de « fièvre continue ».

A son entrée dans le service, il est examiné par un de mes collaborateurs. Le malade nie tout autre antécédent pathologique que les maladies de l'enfance. La T° est à 40. Il se plaint uniquement de courbature et de douleurs articulaires aux épaules, aux coudes, aux poignets, aux genoux. A l'examen, ni rougeurs, ni gonflement. Tous les mouvements sont possibles mais douloureux. L'examen sommaire des organes n'a révélé rien de notable.

On soumit le malade au traitement par le salicylate de soude à dose forte. A la reprise du service, je trouvai le malade avec une courbe de température oscillant entre 38,2-38,5 le matin et 39-39,5 le soir. Les douleurs articulaires s'étaient un peu amendées, mais je fus frappé surtout par l'aspect prostré du malade et par l'absence de signes objectifs du côté des articulations qui restaient encore douloureuses. Depuis le matin même il accusait une légère dysphagie, due à la présence sur le pilier antérieur d'une amygdale d'une petite ulcération au bord taillé à pic. La langue, très saburrale, est rouge à la pointe et sur les bords. L'abdomen est ballonné, pas de douleurs dans la fosse iliaque ; tendance plutôt à la constipation avec de temps à autre une selle diarrhéique. Le foie est normal. Pas de subictère. La rate est un peu hypertrophiée. Cœur normal. Le pouls est petit, dicrote, rapide à 100. On note des traces d'albumine dans les urines. Ce tableau évoqua la possibilité d'une affection Eberthienne, et je crus voir dans l'ulcération pharyngée l'angine décrite par DUGUET. Le malade avait reçu antérieurement du vaccin T.A.B. L'hémoculture est négative à deux reprises. La fièvre persistait cependant un peu moins élevée, l'état général ne se modifiait guère, pas plus que l'ulcération pharyngée.

Le 5 mai, apparition de vives douleurs dans les deux jambes et au pied gauche où, à la partie moyenne du premier métatarsien, on constate un point extrêmement douloureux et rouge. Il s'agissait nettement d'un point d'ostéopériostite que, malgré l'hémoculture négative, je mis sur le compte de l'infection Eberthienne.

Mon diagnostic s'affirmait de plus en plus. Cependant, l'ulcération du pharynx prenait de l'extension et causait une gêne de la déglutition plus grande, en même temps que son état se modifiait. La muqueuse, à son niveau, apparaissait, principalement sur les bords, opalescente, porcelainée, j'en fus frappé et me demandai s'il ne s'agissait pas d'un accident secondaire syphilitique.

Le malade, interrogé, niait avoir jamais contracté cette affection. Quelques jours plus tard, sur mes instances pressantes, il finit par avouer que deux ans plus tôt, en février 1915, il avait été soigné pour un chancre induré. Sans tarder, le traitement spécifique fut institué sous forme de cyanure. Après la première injection, apparaissent des selles sanglantes, mais dès le lendemain T° à 37,4. Par la suite, disparition de l'ulcération pharyngée, amélioration mais persistance des douleurs périostées qui continuent à évoluer et à se multiplier : partie supérieure du tibia droit, partie inférieure du cubitus gauche, métatarsien-droit.

Des douleurs nasales et des épistaxis permettent de découvrir une perforation de cloison. Dès la première injection de novar, la température redevient normale et tous les autres signes disparaissent.

Une température inexplicquée persistant depuis un certain temps devient suspecte chez un porteur d'une lésion valvulaire.

Que le souffle soit invariable et non piaulant, que les signes fonctionnels fassent défaut, une endocardite lente n'est pas moins envisagée. L'anémie est fréquente même au cours de la syphilis. Les arthralgies, une hémiplégie ou une aphasie transitoires et les douleurs artéritiques ne sont que des signes de présomption.

Si les hémoptysies légères, si la présence d'un hématurie microscopique répétée, si les taches pétichiales et les faux panaris d'Osler concourent à la quasi certitude, leur absence ne peut éliminer la *maladie d'Osler*.

Aucun des signes rencontrés au cours de l'endocardite lente n'est en contradiction avec une syphilis pos-

sible. Leur association est peut-être évocatrice, mais isolées, ils ont été trouvés dans la spécificité, à part les faux panaris et l'hématurie persistante.

Seule l'hémoculture en milieu anaérobie pratiquée à maintes reprises peut confirmer le diagnostic en montrant des colonies de streptococcus viridans non hémolytique. Là encore la culture pousse assez tardivement, il ne faut pas se presser de répondre avant le quinzième jour.

Avant de poser un diagnostic, on est en droit d'hésiter parfois longuement.

Sur ce sujet une observation de GLAZER semble encore plus résumée que les précédentes.

Observation N° 27. — (GLAZER, *Berliner Klin. Woch.*, 30 juin 1913).

La malade présentait un état fébrile d'une durée assez longue, à peu près un an. La symptomatologie a fait porter un diagnostic d'endocardite à évolution lente, puis de paramétrite. L'apparition d'une périostite frontale trancha le diagnostic.

La sérologie positive et la bonne action des traitements levèrent tous les doutes.

La symptomatologie de la *fièvre de Malte* prête à confusion avec celle de la syphilis. Quand la fièvre prend le caractère d'ondes fébriles ondulantes, entrecoupées d'apyrexie, le doute n'est pas possible, mais au cours de la mélitococcie la fièvre peut être « folle ». Les signes sont à peu près les mêmes. Ce sont les mêmes sueurs profuses, la même splénomégalie, les mêmes douleurs articulaires.

La fièvre de Malte n'a pas de prédilection, sauf peut-être pour l'articulation sacro-iliaque. Ce sont les mêmes douleurs osseuses, les mêmes névralgies. La localisation orchitique est caractéristique pour certains dans la mélitococcie, mais elle est loin d'être rare dans la syphilis.

Les localisations nerveuses telles que les radiculites, myélites, encéphalites et méningites ont été signalées dans les brucelloses.

Les examens de laboratoires ont par contre une grosse valeur à commencer par l'examen hématologique qui montre plutôt une hypoleucocytose et surtout une mononucléose.

L'hémoculture, le sérodiagnostic et l'intradermoréaction apportent la certitude.

Avant leur résultat, il est parfois très délicat de trancher un diagnostic encore hésitant, ainsi que le rapporte NETTER dans l'observation suivante :

Observation N° 28. — NETTER (S.M.H.P., 17 novembre 1916).

1913. Il s'agissait d'un homme d'une trentaine d'années qui avait, depuis plus de six mois, une fièvre remittente à poussées sudorales très pénibles et qui avait consulté nombre de médecins.

On avait pensé chez lui à une fièvre typhoïde, à une paratyphoïde, à une fièvre de Malte ; aucun de ces diagnostics n'avait pu être confirmé par les examens de laboratoire. Plusieurs mois après le début de la fièvre, il avait ressenti une douleur à l'union d'une côte et du cartilage costal ; un peu plus tard, une douleur analogue à l'extrémité d'une phalange. Ces déterminations osseuses cadraient fort bien avec le diagnostic de maladie fébrile de l'ordre des affections précitées. Et cependant une nouvelle tentative d'identification par culture ou agglutination n'était pas plus heureuse que celle de mes confrères. La rate était très nettement augmentée de volume.

De guerre lasse et sachant que le malade ne demandait qu'à multiplier le nombre des consultants, j'ai cru devoir l'engager à s'adresser à mon ami Sir Almroth WRIGHT de Londres, qui pourrait peut-être le soumettre utilement à la vaccinothérapie.

Moins d'une semaine plus tard, je recevais une lettre de WRIGHT m'apprenant que le malade présentait une réaction de Wassermann très nette. Devant cette constatation, le malade qui avait affirmé à WRIGHT, comme à moi-même, n'avoir jamais eu de syphi-

lis, reconnaissait que depuis plus de 10 ans, il se faisait régulièrement faire des injections, et qu'il avait cru pouvoir exprimer des dénégations puisque se soignant ainsi, il était impossible qu'il pût s'agir d'une manifestation syphilitique.

Les heureux et rapides effets d'une nouvelle série d'injections prouvèrent que les accidents fébriles avaient cependant cette origine.

La syphilis emprunte de temps à autre le masque de la *maladie d'Hodgkin*. S'il est rare que la courbe thermique rappelle le type ondulant, composé d'une succession de paraboles, en général elle ne présente aucun caractère particulier. L'existence d'adénopathie, de splénomégalie et d'hépatomégalie n'est pas pour nous étonner dans la syphilis puisqu'ils fournissent les points à peu près essentiels de la symptomatologie. L'aspect et la disposition ganglionnaires ne sont pas aussi classiques que dans la maladie d'Hodgkin, mais n'a-t-on pas vu de ces maladies évoluer avec une adénopathie assez peu caractéristique. Irrégulière, inégale, asymétrique dans la disposition, ferme, indolente, sans périadénite, évoluant par poussées et atteignant les ganglions aussi bien superficiels que profonds, tels peuvent être les caractères trouvés au cours de la syphilis. On ne peut se baser sur la présence ou l'absence du prurit pour fonder un diagnostic pas plus que sur la formule leucocytaire. Une mononucléose avec lymphopénie ne sont pas nécessaires.

Somme toute la syphilis peut s'extérioriser par ce tableau holdgkinien. L'inexistence de la biopsie serait peu commode pour trancher la question.

Si les antécédents n'étaient pas connus, l'observation suivante aurait présenté quelques difficultés quant à son diagnostic.

Observation N° 29. — CLÉMENT SIMON (*Bulletin Médical*, 20 juillet 1935).

B..., homme vigoureux et sportif, âgé de 48 ans, se présente à

ma consultation le 2 décembre 1933. Il me raconte d'une façon précise l'objet de sa visite. Très rangé d'habitude, il a eu le 2 novembre, au cours d'un voyage à Grenoble, des rapports avec une jeune femme de mœurs légères, rencontrée dans un des meilleurs restaurants de la ville. Le limbe du prépuce toujours un peu serré s'est écorché légèrement. Des fissures douloureuses se sont formées et un urologiste, consulté le 14 novembre, a incisé aux ciseaux le prépuce sur sa face antérieure pour découvrir le gland et permettre examen et toilette. L'urologiste ne fait aucun diagnostic mais rassure le malade.

Le 4 décembre, 28 jours après coït, je vois sur les tranches de l'incision trois petites ulcérations lenticulaires d'aspect inflammatoire. Aucune espèce d'adénopathie. Je fais cependant un examen ultramicroscopique qui est négatif et aussi, bien que prématurément, une réaction sérologique qui se montre normale.

Pansement propre et circoncision correcte faite le 7 décembre.

On pratique un examen histologique de petites ulcérations, l'examen bactériologique n'a pas été fait. « Ulcération inflammatoire ayant détruit l'épiderme et légèrement creusé le derme. L'inflammation est nettement périvasculaire et périnerveuse. Les vaisseaux sanguins sont atteints de vascularite généralement très accusée et en certains points oblitérante. La réaction inflammatoire est essentiellement lymphoïde et tend à la sclérose. » La cicatrisation normale est terminée le 15 décembre.

Le 22 décembre, des glandes sont apparues dans l'aîne depuis quelques jours. Adénopathie syphiloïde inguinale, bilatérale, plus marquée à droite. La peau et les muqueuses sont parfaitement nettes. La sérologie est négative 50 jours après coït.

Le 3 janvier, M. B., pâle, amaigri, fatigué, présente depuis le 22 de la fièvre, entre 38-38,5. Un peu inquiet, il s'est fait examiner par un médecin parisien fort connu ; celui-ci, en face de l'adénopathie, de la fièvre et de l'état général, pense à une maladie hémato-ganglionnaire, maladie d'Hodgkin probablement, et fait faire un examen globulaire qui se montre normal.

Examiné le 3 janvier, on trouve une adénopathie fortement augmentée dans les aines, au cou, aux coudes, aux aisselles. On

voit quelques petites érosions sur la cicatrice opératoire. Il n'y a encore ni roséole, ni éruption cutanée ou muqueuse d'aucune sorte. B.W. ultrapositif.

Solmuth puis novar amènent la chute brusque de la T°. Après la première injection de novar apparaît une réaction d'Herxheimer : une éruption presque généralisée de syphilides papulosquameuses.

L'observation de FAVRE et CONTAMIN a l'avantage de montrer que la syphilis peut réaliser le tableau de la *leucémie aiguë*.

Observation N° 30. — FAVRE et CONTAMIN (Journal de Médecine de Lyon 1923).

Jane, 28 ans, est envoyée dans le service au sortir de son accouchement normal (8 mois, enfant normal). La première grossesse date de 1919. Enfant mort à 5 mois de convulsions. En 1922, grossesse actuelle, durant laquelle elle a présenté des vomissements répétés avec albuminurie et amaigrissement.

Dès le premier mois apparaissent une adénopathie sous-maxillaire gauche, crue d'origine dentaire. L'extraction consécutive de 4 dents n'amena aucune amélioration. Les adénopathies après l'accouchement ont augmenté de volume et se sont multipliées.

Très amaigrie, teint jaune paille, d'aspect lamentable, elle présente une hyperthermie continue entre 38,5-39 et de très gros ganglions de la région sous-maxillaire et sous-mentale gauches, d'autres moins volumineux de la région carotidienne et de l'occiput du même côté, un gros ganglion au bord externe du grand pectoral, une masse ganglionnaire dans le creux sus-claviculaire droit, aux creux axillaires, quelques rares ganglions isolés, durs, roulant sous les doigts. Cœur, poumons normaux. Légère submatité dans la fosse susépineuse gauche, pas de râles, pas de toux. Foie et rate légèrement augmentés de volume.

Le 23 septembre est pratiquée l'ablation du ganglion de la région mammaire ; quelques jours après cette intervention, on constate l'apparition d'une rougeur inflammatoire au niveau de la

masse ganglionnaire du creux susclaviculaire droit et au niveau des ganglions de la région carotidienne gauche. Ces deux masses s'ulcèrent et s'ouvrent au dehors. A gauche, l'ulcération atteint d'emblée une dimension de 5 francs à bord décollé, le fond est constitué par des muscles de la région. A droite, l'ulcération moins importante s'agrandit rapidement. T° 38,5-39. L'amaigrissement est de 16 kilos depuis son accouchement. La région susclaviculaire prend l'aspect d'une gomme en voie de fonte. La recherche des B.K. sur de nombreux frottis est négative. B.W. par contre est positif. Le traitement (biiodure puis 914 et cyanure) donne de bons et rapides résultats : chute brusque à 37, amélioration de E.G. Reprise de 14 kilos. Après un mois de traitement, l'ulcération est presque cicatrisée.

La température élevée à 38-39 s'accompagne de l'apparition de l'adénopathie sous-maxillaire d'abord ; puis les ganglions carotidiens sus-claviculaires et axillaires sont pris tour à tour. Très volumineux dans la région sous-maxillaire, ils sont de volume réduit et roulent sous les doigts dans le creux axillaire.

L'état général est fortement touché, l'aspect lamentable avec un teint jaune paille très suspect. N'est-ce pas le tableau d'une vraie leucémie aiguë dont le syndrome hémorragique manquerait ?

L'adénopathie évoluant au milieu d'un cortège si impressionnant n'est toutefois pas symétrique, égale et régulière.

L'observation N° 4 précédemment vue du Professeur LEMIERRE est non moins troublante.

L'examen de sang tranche le diagnostic. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

N'a-t-on pas en effet signalé les leucoblastoses aleucémiques ?

Le *Kala-Azar*, lui aussi, est à discuter avec les états fébriles prolongés. Depuis les belles observations du Pro-

fesseur LEMIERRE 1935 et de TERRIEN et BEZARD 1923, non seulement l'enfant mais également l'adulte qui n'a pas quitté la France peut contracter cette leishmaniose viscérale. Elle n'est pas l'unique apanage des enfants de la côte Méditerranéenne. D'OELNITZ (observation de LIOTARD *Thèse Paris* 1925) évoque ce diagnostic en présence de l'hérédosyphilis, ses cas sont malheureusement peu concluants. Peut-être, connaissant mieux la symptomatologie de la maladie et son existence possible en toute région de la France, trouvera-t-on des exemples plus fréquents autant qu'inattendus. En tout cas, en présence d'une longue fièvre déconcertante, accompagnée d'hépatosplénomégalie, c'est un diagnostic à envisager. Le syndrome hémorragipare n'est pas constant. Les adénopathies, les troubles de la pigmentation, une anémie prononcée s'observent également dans l'une et l'autre maladie. La leucopénie ne peut que guider. La ponction de la moëlle, de la rate et l'hémoculture sur milieu N.N.N., les divers tests biologiques ne sont pas toujours probants.

Par contre le traitement stibié garde une grande valeur.

Ces quelques exemples ont montré que la syphilis peut revêtir un tableau clinique où le symptôme prédominant est la fièvre de longue durée. Cette fièvre peut évoluer, soit depuis quelques semaines, soit durant plusieurs années. On pourrait la dénommer la fièvre *essentielle* des anciens. Il a été intéressant pour bien se persuader jusqu'à quel point est grande la similitude entre la syphilis et les autres maladies évoquées lors d'un diagnostic de maladie fébrile à fièvre prolongée, de les classer par syndromes cliniques plus ou moins bien constitués.

Ces cas sont assez rares.

La typhose syphilitique entre dans ce cadre. Connue de longue date, son étude a été approfondie.

Si la fièvre est le syndrome de beaucoup prédominant, d'autres s'y associent, mais tous dénotent une atteinte globale de l'organisme tout entier. C'est une panviscéríte syphilitique. Tous les tissus, tous les viscères sont atteints simultanément ou successivement. C'est à tort, semble-t-il, que l'on a essayé d'individualiser des formes viscérales, de fragmenter cette panviscéríte. Car il n'y a pas que l'atteinte d'un seul viscère, mais bien une polyviscéríte.

Il se peut que les organes soient pris l'un après l'autre et non simultanément. Il se peut que l'atteinte d'un organe donné soit plus accentuée que les autres et que les organes touchés difficilement abordables et explorables, puissent passer inaperçus. Il est néanmoins non moins vrai que la panviscéríte existe. Les observations précédentes sont suffisantes pour le montrer.

La plupart du temps cette panviscéríte n'est pas d'emblée globale. Après une atteinte polyviscérale de trois à quatre organes se produit une seconde atteinte polyviscérale elle aussi, touchant deux ou trois organes nouveaux auxquels s'associent ou non les lésions restant de la première. Une autre polyviscéríte peut succéder à la seconde. On peut en citer 3 ou 4 successives. Suivant la prédominance de lésions, plusieurs syndromes cliniques ont été décrits. Cette succession est fort évocatrice par elle-même.

On a tendance à fragmenter beaucoup la panviscéríte fébrile syphilitique, à décrire des formes hépatiques, spléniques, pulmonaires, rénales. Mais en somme ce ne sont que des localisations au cours d'une atteinte syphilitique généralisée. Ces localisations sont en tous points comparables aux localisations pulmonaires, articulaires ou rénales au cours de toute septicémie à germes banaux.

Si l'examen général est poussé, s'il est bien complet, l'atteinte d'un organe donné n'est qu'une note dominante dans un tableau de panviscéríte. FAROY a montré

dans sa très belle observation que si la lésion pancréatique était nette, elle n'était qu'un signe au milieu d'un tableau où participaient également foie, rein, rate et estomac.

Observation N° 31. — FAROY (Journal Médical Français, 1922..

B..., Marie, 34 ans, traitée à 17 ans pour ascite (?), a présenté une fausse couche. Après une période de 6 mois d'amaigrissement, d'une fatigue générale, de fréquentes lypothymies, apparaissent la fièvre, de l'œdème des membres inférieurs, une augmentation notable du volume de l'abdomen, puis une diarrhée abondante, tenace (20 à 25 selles), presque séreuse. A son entrée, le 12 septembre 1908, avec T° 38,2, abdomen météorisé avec vergetures et circulation colatérale, œdème de la paroi, on constate de plus une ascite dans les flancs.

Le foie, très gros, remonte jusqu'au quatrième espace et déborde le rebord costal de 3 travers. La rate est perceptible. Par ailleurs, signes d'épanchement pleural gauche. On retire du liquide hémorragique par ponction exploratrice. Elle ne semble pas présenter de signes d'infiltration pulmonaire. Les membres inférieurs sont fortement œdématisés, l'œdème remonte jusqu'aux lombes. La malade urinait deux à trois litres par jour avant l'apparition de la diarrhée ; depuis, la quantité est fortement tombée, mais on y trouve 30 gr. d'albumine par litre, mais pas de sucre.

Les jours suivants, la température redevient normale, les vomissements apparaissent le matin à jeun, elle rejette les aliments ingérés la veille. La diarrhée est moins abondante (10 selles), la quantité d'albumine diminue, 18 gr. par litre. Aucun petit signe d'urémie. La T.A. a son maximum à 14.

On porte le diagnostic de tuberculose pleuropéritonéale avec dégénérescence amyloïde du foie, rénale, interstitielle et splénique.

Progressivement, les œdèmes disparaissent, mais la diarrhée et l'ascite persistent, les urines tombent à un demi-litre avec 18 à 20 gr. d'albumine. La malade meurt dans le coma 43 jours après son entrée.

Autopsie : foie 1.300 gr. très irrégulier, de forme ficelée, bos-

selé, sclérogommeux — rate 320 gr. très ferme — rein gros, blanc, amyloïde — pancréas sain d'aspect — estomac d'aspect normal, sauf une petite gomme de la grande courbure de la grosseur d'une noisette, sousmuqueuse. Poumon sain.

L'examen histologique confirme le diagnostic de syphilis hépatique, sclérogommeuse, de gomme syphilitique de l'estomac, de reins amyloïdes avec néphrite syphilitique tertiaire dans laquelle nous avons pu mettre en évidence le tréponème. Pas d'amylose intestinale mais des lésions syphilitiques du pancréas.

La dissémination tréponémique est complète, tous les organes sont infestés et au milieu de cette sidération générale quelques notes dominantes sont plus marquées.

Dans l'observation de CADE l'atteinte des surrénales était évidente, se caractérisant par un syndrome addisonien, mais non isolée puisqu'elle s'accompagnait de splénite, d'hépatite et de périhépatite.

Observation N° 32. — CADE, CORDIER, CROIZAT (Lyon Médical, 26 octobre 1930).

Dans les antécédents de la malade, 37 ans, de nationalité italienne, on ne relève rien de bien intéressant. Elle était mariée à 20 ans, a eu une fausse couche et un enfant de 12 ans. Elle tousse facilement l'hiver. Son mari, qui est un tousseur habituel, n'interrompt cependant jamais son travail. Il y a 7 ans, à la Charité, la malade a subi une hystérectomie totale. Depuis quelques mois des pertes blanches sont apparues. L'épisode qui l'a menée à l'hôpital est un épisode de crises douloureuses abdominales siégeant dans l'hypochondre et la fosse iliaque droite : douleurs spontanées, continues, accompagnées de vomissements, bilieux le matin, alimentaires dans la journée. Devant une T° à 39 et le type de cette douleur, la malade est envoyée en observation chez le Dr PATEL pour crise de cholécystite. Mais, après une observation de quelques jours, celle-ci est passée en surveillance au Dr PAVROT.

Elle resta un mois dans ce service où, devant la pigmentation assez marquée de la malade, l'existence de plaques buccales ardoi-

sées et T.A. basse 9,5/6, on pense à un syndrome Addisonien.

La malade passe le 1^{er} mars 1930 dans le service de Cade. L'examen de l'abdomen montre l'existence d'un gros foie assez douloureux, le pôle inférieur de la rate est perçu à la palpation. Le Wassermann, légèrement positif la première fois, sera négatif par la suite.

Deux hypothèses sont en présence : cirrhose bacillaire avec poussée de péritonite ; ou gros foie spécifique.

Les antécédents probablement spécifiques : fausses couches, aorte élargie à la radio, B.W. légèrement positif dans le sang font pencher le diagnostic en faveur de la deuxième hypothèse.

Un traitement de cyanure est institué le 28 mars. En 48 h., la température descend à 38 et, après la cinquième injection, ne dépasse plus 37,5. Le foie régresse régulièrement et ne dépasse plus que de deux travers de doigt les fausses côtes. L'ascite constatée antérieurement disparaît.

Telle est cette forme fébrile de longue durée ; qu'on la dénomme, forme à signes généraux prédominants, soit forme fébrile essentielle, soit même forme grave sans manifestations cutanées, c'est une panviscérite fébrile.

QUELQUES LOCALISATIONS PARTICULIERES

Nous venons de voir que la syphilis est une véritable septicémie pouvant revêtir la forme fébrile. C'est une panviscéríte ou tout au moins polyviscéríte. On ne trouve pas une seule lésion d'un organe, mais des lésions multiples de plusieurs viscères. C'est un tableau complexe où les signes cliniques sont concomittants, entremêlés, ou au contraire se succèdent avec un léger intervalle.

La syphilis fébrile évolue sous forme de panviscéríte mais un symptôme peut dominer les autres, ou une association polyviscérale peut être frappante au point de créer une forme clinique particulière. Dans ce cas on pourrait d'une façon toute factice et aléatoire décrire une forme hépatique pour peu que le foie soit gros ; une forme splénique, pancréatique, périostée si ce sont ces organes les plus atteints. Mais la syphilis peut toucher tous les tissus sans exception.

Deux localisations ont déjà été décrites, sous le titre de forme angineuse et éruptive. Elles ont été séparées avec intention pour mieux les mettre en évidence.

Parmi les autres localisations intéressantes nous étudierons, en particulier, celles qui sont les plus susceptibles d'induire en erreur telles que les localisations ganglionnaires pulmonaires et pleurales.

Quelques localisations plus caractéristiques évoquent la possibilité de la syphilis : hépatique et splénique.

Enfin quelques localisations sont telles que leur constatation est une quasi certitude, une signature de l'at-

teinte syphilitique ; ce sont les formes artéritiques médiastinales et périostées.

Il serait tout à fait illusoire d'isoler et multiplier ces localisations, car elles évoluent au milieu d'un cortège de signes cliniques de polyviscérisme.

Et pourtant parmi les localisations restantes il en est de fort intéressantes, d'ailleurs très connues comme celles qui prédominent aux méninges et au rein ; d'autres dignes d'intérêt ; pancréatique (Faroy) orchitique (Nicolas et Lacassagne) laryngées (Glazer) et tabétiques (Erdhem-Lemierre).

La classification actuelle de l'étude de la syphilis en période primaire, secondaire et tertiaire ne semble pas justifiée, car l'atteinte de tous les organes se trouve indifféremment à toutes les périodes. Une lésion apparue au cours d'une période continue à progresser à la période suivante. Il est vrai que chaque période semble avoir une prédilection pour certains organes. C'est ainsi que les ganglions signalent l'atteinte secondaire et le foie la tertiaire.

LOCALISATION GANGLIONNAIRE.

Habituellement l'adénopathie syphilitique est une polymicro-adénopathie généralisée. L'atteinte de certains ganglions présente une grande importance : ce sont les ganglions sous-occipitaux, mastoïdiens, de la partie supérieure de la chaîne cervicale et sus-épitrocléens. Il n'en est pas toujours ainsi. L'adénopathie peut être volumineuse, limitée à une région, et simuler toute maladie ganglionnaire autre que la syphilis.

Disposés symétriquement, volumineux, avec périadénite, frappant principalement la région cervicale, les ganglions peuvent évoluer accompagnés d'un état général déficient et d'une très forte température plafonnant à

40-41. L'observation N° 4 du Professeur LEMIERRE illustre brillamment cette forme leucémique.

L'adénopathie tuberculeuse sera invoquée plutôt que la syphilis en présence d'une adénopathie évoluant avec un cortège de signes de forte imprégnation bacillaire et surtout d'après l'évolution de l'adénopathie qui devient rouge, inflammatoire puis s'ulcère. Et pourtant, tel est le tableau réalisé dans l'observation N° 30 de FABRE et CONTAMIN. Dans ce cas, après une période ressemblant à une leucémie, les signes sont devenus ceux d'une tuberculose ganglionnaire.

Là encore, comme dans toute autre forme, l'apparition d'une éruption est d'un grand appoint.

Observation N° 33. — NICOLAS (Nouveau traité de médecine Roger Vidal Teissier).

Nous avons eu l'occasion d'observer une jeune femme chez laquelle une polyadénopathie généralisée s'accompagnait depuis un an d'une fièvre montant tous les soirs entre 39 et 40. Prise pour une tuberculeuse, les traitements divers institués en ce sens n'avaient produit aucune amélioration. L'apparition au bout de ce temps d'une éruption généralisée de petits éléments papulo-croûteux miliaires pouvant faire penser sur les membres à des tuberculides, mais étendue au cuir chevelu, nous orienta, en ce qui concernait la nature de l'éruption pour laquelle nous avons été consultés, vers la syphilis. Un traitement au novar institué très prudemment, à très petite dose, suffit pour faire disparaître l'éruption et pour faire tomber en quelques jours la fièvre, sans qu'elle ait reparu depuis.

La forme d'adénite tuberculeuse a été bien étudiée par RICORD et le Professeur WEIL de Lyon qui ont décrit les « scrofulates de vérole » où l'inoculation ne tuberculise pas le cobaye, mais où le même traitement que celui utilisé dans la syphilis provoque la disparition totale de l'adénopathie.

Le diagnostic se pose également avec la maladie d'Hodgkin quand le tableau est peu habituel à la syphilis, au cas où une adénopathie localisée s'associe à la fièvre d'autant plus que l'évolution a l'air de se faire par poussées.

Une hésitation est possible devant de tels signes cliniques comme le montre l'observation N° 29 de Clément SIMON. Une hésitation encore plus grande ne serait-elle pas permise en présence d'une adénopathie profonde ?

LOCALISATION PULMONAIRE.

Classiquement non fébrile, la syphilis pulmonaire ne l'est pas toujours. Il est rare qu'elle revête toutefois le type hautement fébrile.

Cette forme fébrile de la syphilis du poumon peut prendre le masque — soit de bronchite aiguë,

Soit de broncho-pneumonie,

Soit simuler en tous points la tuberculose pulmonaire.

Parfois rien n'y manque :

— Ni les signes fonctionnels : toux, expectoration nummulaire, hémoptysie, point de côté, dyspnée, transpiration nocturne ;

— Ni les signes généraux qui, classiquement très légers peuvent dominer la scène ;

— Ni les signes physiques soit signes d'hépatisation, soit signes d'excavation ;

— Ni les signes radiologiques. On décrit ainsi :

— Soit des images arrondies ob rondes,

— Soit des images cavitaires hydroaériques,

— Soit des images nodulaires, étoilées, cicatricielles.

Au point de vue clinique, la tuberculose aiguë peut être aussi bien simulée que la tuberculose chronique.

« Aussi lorsque le soi-disant phtisique n'a pas les allures du parfait tuberculeux » penser à la syphilis comme le préconise SERGENT. . .

On peut y ajouter des formes à infection surajoutée, compliquées, réalisant le tableau de sclérose pulmonaire où il est difficile de dépister le tréponème.

Le diagnostic peut être pressenti par le contraste de l'état général assez bien conservé en comparaison des signes physiques étendus et par la localisation des lésions. Elle respecte les sommets, se localise de préférence dans la région moyenne du poumon et siège le plus souvent à droite. L'intégrité du second poumon est notée fréquemment malgré l'étendue des lésions de l'autre.

La syphilis est affirmée par la négativité répétée d'un grand nombre d'examen de crachats pratiqués à diverses reprises. Le bacille de Koch n'est retrouvé ni à l'examen direct, ni à l'homogénéisation, ni après tubage, ni dans les selles, ni même après inoculation des crachats au cobaye.

Elle est affirmée également par l'absence d'autres localisations et d'antécédents tuberculeux de même que par la coexistence de signes de syphilis en particulier de médiasténite et d'aortite souvent rencontrées, et, enfin la sérologie positive et l'action rapide du traitement.

Seule, cette association quintuple permet de dire syphilis pulmonaire.

LOCALISATION PLEURALE.

La localisation pleurale est, semble-t-il, moins rare que l'on a tendance à le croire.

La pleurésie syphilitique est à séparer surtout de la pleurésie tuberculeuse. La cytologie est à prédominance lymphocytaire avec 50 à 60 % de lymphocytes, 10 à 20 %

de mononucléaires, 5 à 10 % de polynucléaires et à peu près autant de cellules endothéliales.

Par contre le bacille de Koch n'est jamais retrouvé par inoculation au cobaye et encore moins par culture ou par examen direct. L'examen des crachats est lui aussi négatif. Le liquide pleural de même que le sang, tous deux, présentent un sérologie positive.

Certains auteurs semblent être trop excessifs et refusent à la pleurésie l'origine syphilitique jusqu'au jour où le tréponème serait rencontré dans le liquide pleural, bien qu'il y ait une association des signes de syphilis évolutive avec antécédents et réaction nette au traitement.

L'observation suivante est assez intéressante, même sans découverte du tréponème.

Observation N° 34. — ROQUE et GARIN (Province Médicale, 13 août 1910).

Louis, 46 ans, manœuvre, entre le 11 février 1910 pour un violent point de côté.

Syphilis à 22 ans. 4 enfants bien portants. Sa femme n'a pas eu de fausses couches, pas d'antécédents éthyliques ni bacillaires ; il souffre depuis 8 jours de frissons répétés et présente des points de côté diffus. En même temps que la fièvre à 39 s'est établie une céphalée extrêmement violente qui persiste, depuis le début, avec exacerbation nocturne. Le malade est dyspnéiqué et cyanosé. On note une matité de la base gauche en arrière avec abolition des vibrations. A l'auscultation, un souffle expiratoire à timbre grêle est entendu, et au même niveau sont constatées l'égophonie et la pectoriloquie aphone. La base gauche est le siège d'une voussure. Au sommet du même côté, on perçoit nettement du skodisme. La matité remonte à la partie moyenne de l'omoplate et la sonorité normale de l'espace de Traube a disparu. Du côté droit, on ne constate rien d'anormal. On ne note aucun signe de tuberculose au sommet. Le cœur paraît dévier à droite. Le foie est normal, la matité splénique se confond avec la matité pleurétique.

L'abdomen est souple, non douloureux, le malade ne présente ni constipation, ni diarrhée, les urines ne renferment pas de corps anormaux.

15 février. L'épanchement à gauche remonte au tiers supérieur de l'omoplate. A droite, on constate aussi tous les signes d'un épanchement assez abondant, la ponction exploratrice de la plèvre gauche permet de retirer un litre et demi d'un liquide citrin légèrement louche. On prélève de ce liquide pour recherches de laboratoire : sérodiagnostic tuberculeux d'Arloing négatif, tant de l'exsudat que du sérum. Le Wassermann de l'épanchement est positif. La cytologie est la suivante : 60 % de lympho, 20 % de G.M., 15 % de G.R., quelques polynucléaires, quelques cellules endothéliales. L'inoculation au cobaye a été faite. Deux animaux inoculés ne sont pas devenus tuberculeux après 8 semaines. Les cultures sur géloses et bouillons sont restées stériles. L'examen de crachats est négatif à plusieurs reprises.

Le 21 février, injection de biiodure 0,04. On continue en raison des douleurs par les pilules de Dupuytren.

Le 27 février, sous l'influence du traitement, dès le sixième jour, l'épanchement droit a disparu. A gauche, on note toujours la pectoriloquie aphone, l'égophonie ; la matité est aussi étendue, le souffle a diminué d'intensité mais on entend de nombreux râles et frottements pleuraux. La ponction exploratrice reste négative. Quelques signes pulmonaires restent cependant des deux côtés et persistent encore durant deux semaines. La T° reste aussi élevée à 39.

5 mars. La respiration est entendue jusqu'à l'extrémité de la base gauche. La matité n'est perçue que sur 4 travers de doigts, nombreux râles et frottements, intégrité par contre à droite. L'état général s'améliore.

Après 20 jours de traitement, l'état général est excellent, les signes pulmonaires normaux, la T° est à 37.

L'observation clinique a montré qu'aux lésions pleurales s'associent d'ordinaire des lésions pulmonaires. L'une ou l'autre de ces localisations peut prédominer ce

qui fait qu'à côté des pleurésies il y a des lésions pleuro-pulmonaires.

Si l'atteinte du poumon semble précéder la pleurésie, la périhépatite ou la périsplénite semblent être à l'origine des pleurites.

Dans bon nombre d'observations, l'apparition d'une splénomégalie ou d'une hépatomégalie a été précédée de quelques mois et même années par des douleurs dans l'hypochondre gauche ou droit. A ces douleurs s'adjoignent une toux persistante, des frottements nettement perçus et même l'obscurité des sinus costo-diaphragmatiques à la scopie. Ce sont bien des signes de pleurite, non consécutifs à une lésion pulmonaire puisque le poumon est intact tant à l'examen physique qu'à la radio, mais à une périhépatite ou périsplénite. Ces pleurites siègent du même côté que la périviscérite en question. D'ailleurs ce fait n'est pas pour nous étonner : dans une hépatite, amibienne ne trouve-t-on pas, fréquemment des signes de pleurite à la base droite.

Dans l'observation suivante à l'hépto-splénomégalie s'associe une congestion pulmonaire bilatérale qui n'a pas été retrouvée à la radioscopie.

Observation N° 35. — FAVRE et CONTAMIN (Journal de Médecine de Lyon, 1923).

Le malade, âgé de 38 ans, vient consulter pour amaigrissement progressif, toux persistante et très mauvais état général.

En 1916, une pleurésie sèche de la base droite a duré trois mois. La fièvre a persisté lors de son hospitalisation après la pleurésie. On a noté déjà à ce moment gros foie, grosse rate, et râles à la base droite. Il fut traité par le salicylate de soude sans résultat. La T° irrégulière persiste toujours avec égale ténacité à 38-39, il est soupçonné de tuberculose, continue à maigrir, présente une toux incessante avec diarrhée.

En octobre 1921, il est atteint d'une congestion pulmonaire bilatérale avec pleurite droite. Le foie est gros et lisse, la rate

grosse, des signes de pleurite sont perçus aux deux bases, surtout à droite. Toux coqueluchoïde. La radioscopie montre l'intégrité des deux sommets, contrairement à l'auscultation. L'examen général fait découvrir une paresse pupillaire et une abolition du réflexe achilléen. Ces symptômes nerveux orientent le diagnostic.

20 jours après le traitement au sirop de Gibert, la fièvre a disparu, le poids augmente de 3 kilos, le malade ne tousse plus, ne crache plus.

Il semble donc qu'il existe des pleurites d'origine pulmonaire : des corticopleurites et des pleurites par irritation voisine transdiaphragmatique : à droite par périhépatite, à gauche par péricapnité.

Auparavant, toute pleurésie ou pleurite qui ne faisait pas sa preuve était considérée d'origine tuberculeuse. Ces derniers temps les bons résultats obtenus par le salicylate permettent d'émettre un doute.

Peut-être existe-t-il de même dans cette catégorie de pleurite non déterminée une origine non seulement bacillaire et rhumatismale, mais aussi syphilitique.

Dans ce groupe de localisations pouvant égarer le diagnostic sont à ranger toutes les autres formes que nous ne décrirons pas à cause de leur rareté. Leur origine reste la plupart du temps méconnue si elle n'est pas systématiquement recherchée.

Contrairement aux lésions ganglionnaires et pleuropulmonaires, une atteinte hépatique ou splénique fait tout de suite penser à la syphilis.

LA LOCALISATION HÉPATIQUE

doit être distinguée suivant la période durant laquelle elle fait son apparition.

D'ordinaire, la syphilis hépatique secondaire se manifeste cliniquement par un ictère.

Le tableau réalisé est celui d'un ictère banal infectieux ou catarrhal. Il ne s'en distingue ni par son expression clinique, ni par sa durée de quatre à six semaines, mais uniquement par la coexistence des accidents secondaires associés en particulier de la splénomégalie.

Plus rarement la syphilis lèse le foie au point de constituer un véritable ictère grave avec atteinte nerveuse et hémorragies. Il apparaît d'emblée ou bien débute par un ictère catarrhal qui dégénère après deux à trois semaines.

La forme de beaucoup la plus intéressante est l'hépatite hypertrophique fébrile de la période tertiaire.

Elle est caractérisée avant tout :

- par une fièvre prolongée qui affecte des types variés,
- avec ou sans atteinte de l'état général,
- par une hépatomégalie parfois considérable,
- par l'absence habituelle d'ictère et de signes fonctionnels,
- par la splénomégalie fréquemment associée,
- par son extrême sensibilité au traitement antisypilitique.

La fièvre concentre parfois toute l'attention. Certains points sont à noter :

- sa durée prolongée,
- sa résistance absolue aux divers traitements non spécifiques,
- sa rapide disparition dès les premiers jours de traitement.

Dans tous les cas le foie est augmenté de volume, tantôt lisse, tantôt irrégulier et bosselé. Suivant l'état du foie divers diagnostics peuvent être envisagés.

Le volume du foie prédominant, qu'il soit lisse ou bosselé, évoque l'idée du cancer massif du foie qui, on le sait, peut être fébrile.

Ici plus qu'ailleurs, l'origine syphilitique est établie par élimination d'hépatite paludéenne, amibienne, et de kyste hydatique dans certains cas.

Il est, d'autres fois, difficile d'éliminer la cholécystite suppurée (LEJARS).

Quoi qu'il en soit, c'est la fièvre qui prédomine dans cette forme. Sa durée est fort prolongée, pouvant atteindre des mois et même plusieurs années.

L'importance de cette hépatite semble avoir été exagérée. Ici, comme dans les autres formes décrites, ce n'est qu'une localisation sur un organe. C'est une localisation prédominante au milieu d'une atteinte polyviscérale. Si l'attention tout entière est concentrée sur la fièvre et l'hépatomégalie, il n'en est pas moins vrai que simultanément les autres localisations existent à condition toutefois d'être recherchées.

C'est une erreur semble-t-il de classer dans ce groupe toute observation qui présente une hypertrophie du foie aussi minime soit-elle.

Dans presque toutes les autres observations publiées sous le titre d'hépatite hypertrophique fébrile, il n'y a pas que l'atteinte hépatique, et bien souvent ce n'est même pas le foie qui est la localisation prédominante.

Si l'hépatite est la localisation la mieux étudiée, elle n'est pas la seule et n'est qu'une des multiples localisations que peut avoir la syphilis.

LA LOCALISATION SPLÉNIQUE

est aussi fréquente que celle du foie sinon plus. Elle est contemporaine semble-t-il de la réaction ganglionnaire primaire (DE GENNES, *Paris Thèse* 1921) du moins chez le singe. FOURNIER n'écrit-il pas que la splénomégalie est le symptôme quasi constant au cours de la syphilis secondaire. Elle semble aussi fréquente au cours

de la période tertiaire et quaternaire qu'elle ne l'est au cours des précédentes. L'expression clinique se fait non seulement par une splénomégalie qui par moments n'est que percutable, mais aussi par des signes fonctionnels, une sensation de gêne, de pesanteur douloureuse. Dans certains cas, cette gêne est telle qu'on peut parler d'une véritable splénodynie (SOUKERNIK).

Le déficit splénique se recherche également par la cholurie, l'urobilinurie et surtout une anémie pouvant être prononcée. Les globules rouges habituellement sont au nombre de 2 à 3.000.000 et présentent une poïkilocytose, l'anisocytose et la polychromatophilie. Les globules blancs sont augmentés en nombre, 15 à 20.000 avec 70 à 80 % de polynucléaires. L'hémoglobine baisse en assez forte proportion. Voici une observation de panviscéríte avec une splénomégalie dominante.

Observation N° 36. — JEANSELME et SCHULMANN (S.M.H.P., 29 mai 1914).

Mme Augustine B..., 38 ans, entre le 9 mars 1914. Rien à relever dans ses antécédents sauf une crise de R.A.A. Mariée, pas de F.C. mais un enfant mort-né.

Novembre 1912. Elle commence à souffrir de très vives douleurs au niveau du genou et du cou-de-pied gauche, puis bras droit et épaule. Elle continue à travailler néanmoins.

Mars 1913. Hospitalisée en chirurgie pour phlébite du membre inférieur gauche, elle a présenté une très abondante métrorragie et depuis les règles ne sont pas réapparues. L'examen local fit diagnostiquer une salpingite. A la même époque, on s'aperçoit de l'existence d'une très grosse rate. Elle maigrit beaucoup, devient très pâle et présente de nombreuses épistaxis profuses et alarmantes.

Décembre 1913. Sort de l'hôpital en refusant une splénectomie. La faiblesse augmentant et la jambe gauche recommençant à enfler l'oblige à être hospitalisée à Broca le 5 février 1914. A l'examen, on note de grosses exostoses dont l'évolution a commencé il

y a 16 mois. Au niveau de la partie moyenne de la face interne du tibia gauche et de son extrémité antérieure, une grosse exostose soulevait la peau sur une hauteur de 4 à 5 centimètres. Une autre saillie double la face externe du plateau tibial gauche. Les points sont douloureux. Au membre supérieur droit, l'humérus est irrégulièrement hyperostosé sur la plus grande partie de sa hauteur et surtout sur le versant interne. Les douleurs spontanées sont surtout nocturnes. Le foie déborde de 2 à 3 travers de doigts le rebord costal (15 cm. $\times$ 18), la rate est très volumineuse, a une matité verticale de 13 cm. et oblique de 21, facile à délimiter, on ne sent aucun noyau. Au cœur, un souffle mitral est perçu, reliquat de R.A.A. Le reste de l'examen de même que les urines sont normaux. G.R. 4.950.000 — G.B. 6500 — P.N. 67 % — M.M. 25 % — G.M. 5 % — P.E. 1 % — mastzellen 2 % — T° 38 ou + depuis un mois — B.W. + ++

Cinq injections de benzoate n'amènent aucune amélioration.

19 mars. Tuméfaction douloureuse du radius gauche et de l'épicondyle.

20 mars. Néosalvarsan. La T° devient normale.

20 avril. Les exostoses ont presque complètement disparu. La rate est palpable (6 $\times$ 11). Etat général excellent.

Il semble que la panviscérite fébrile à prédominance splénique peut revêtir tous les syndromes, la splénomégalie est un signe banal aux cours des pyrexies. Il faut signaler toutefois l'association très fréquente, sinon constante, de l'hépatosplénomégalie.

L'hépatomégalie ou la splénomégalie mettent un certain temps à se constituer et il semble que la périhépatite ou la périsplénite soient antérieures à l'hypertrophie de l'organe. La périhépatite de même que la périsplénite se caractérisent par des pesanteurs et une sensation de gêne douloureuse à l'endroit de l'organe.

Si la splénodynie est connue, la périhépatite l'est beaucoup moins. L'attention se fixe sur la vésicule biliaire qui est bien plus couramment lésée. Ainsi pour-

rait-on expliquer l'erreur de diagnostic entre l'hépatite et cholécystite (LEJARS).

Cette périviscérite déborde la région hépatique ou splénique et crée dans quelques cas une inflammation de voisinage. Cette inflammation peut se communiquer à la plèvre et provoquer une véritable pleurite siégeant à gauche en cas de périsplénite, à droite en cas de périhépatite. L'observation N° 37 a l'avantage de montrer l'apparition de frottements pleuraux à droite huit mois avant l'hépatomégalie et d'une pleurite à gauche six mois avant la splénomégalie. De plus, bien que publiée sous le nom d'hépatite, c'est une atteinte vraisemblablement polyorganique à dominance hépatosplénique. La rate est bien atteinte puisque, outre la splénomégalie, les signes fonctionnels sont bien caractérisés : une anémie à 2.150.000 avec teint terreux et une cholurie nette.

Observation N° 37. — GILBERT, CHIRAY, COURY (S.M.H.P. 18 mars 1921).

B..., 34 ans, contracte la syphilis en 1908. En février 1914, il présente une température à 37,5-38 avec sueurs nocturnes, toux, dyspnée, inappétence, amaigrissement qui résistent à l'hygiène, à la diététique et au traitement antituberculeux jusqu'en mai 1914. époque à laquelle, soumis pour la première fois à notre examen, le malade présente un pouls rapide et instable à 110-125, une respiration saccadée, rude en avant, avec frottement aux deux sommets. Après 14 mois d'une triple cure de repos, d'air et d'alimentation supplémentaire, l'état ne se modifie pas et la fièvre ne discontinue pas un seul jour.

21 octobre 1915. L'état est stationnaire ; point de côté à droite exagéré par la toux, les inspirations profondes, le décubitus latéral droit et par certains mouvements. Dyspnée légère, toux fréquente. L'auscultation révèle à droite de gros frottements pleuraux s'étendant de la région mamelonnaire droite à la colonne vertébrale. Les dimensions du foie sont normales, T.A. 13-7.

19 avril 1916. Nouvelle douleur thoracique à la base gauche,

avec frottement moins gros et moins étendu qu'à droite. Les douleurs thoraciques droites ayant résisté aux analgésiques locaux et généraux, ne cèdent qu'à des applications répétées de vésicatoires.

19 juin 1916. La T° qui a déjà résisté aux antithermiques usuels : quinine, analgésine, aspirine, acide salicylique, elbon, pyramidon, cryogénine, est plus élevée et atteint 39. Le malade constate que ses urines sont foncées, elles ne sont pas albumineuses, ne contiennent pas de pigments biliaires et présentent une réaction de Hay positive. Le foie déborde de 4 travers de doigts le rebord costal, il est dur mais ne présente aucune irrégularité de bord ou de surface. La rate dure dépasse d'environ 2 travers les fausses côtes. Foie et rate sont indolores, il n'y a pas d'ictère mais simplement une teinte terreuse des téguments. Examen de sang : G.R. 2.150.000 — G.B. 10.000 — P.N. 78 % — P.E. 2 % — M.M. 20 %.

La constatation d'un zona récidivant de la partie postéro-externe de la cuisse conduit à une réaction de Wassermann trouvée fortement positive.

Le 6 juillet 1916, institution d'un traitement mercuriel intensif remarquablement bien supporté.

10 juillet 1916. La T° qui, depuis le mois de février 1914, n'avait jamais atteint la normale ne dépasse pas le soir 37,1. Les urines sont claires, plus abondantes. La toux diminue, les sueurs nocturnes jusque-là aussi tenaces que la fièvre disparaissent totalement, l'appétit renaît.

31 juillet. La température est toujours entre 36,5-37. La matité hépatique n'est plus que de 15 cm. La rate a diminué de volume, la réaction de Hay est négative, l'examen de sang montre G.R. 4.550.000 — G.B. 4.000 — P.N. 67 % — P.E. 2 % — M.M. 31 %. Le malade a grossi de 1 kilo.

6 septembre. Traitement bien supporté. Le foie ne déborde que de 3 cm. La rate n'est perceptible que dans les inspirations profondes.

6 janvier 1917. Apyrexie absolue. Rate et foie difficilement perceptibles. A engraisé de 6 kilos. B.W. +++.

3 janvier 1921. T° continue à être normale. Etat général excel-

lent. Le foie absolument indolore, de consistance accrue, déborde légèrement le rebord costal. B.W. est positif tant dans le sang que dans le liquide céphalorachidien. On note une hyperalbuminose dans le L.C.R. Les urines sont normales.

L'inflammation de voisinage de la polyviscéríte peut se communiquer également à la séreuse péritonéale d'où signes de péritonite. L'observation N° 38 est très démonstrative. La douleur de la région cystique qui a fait soupçonner une cholecystite, s'explique facilement par l'existence d'une périhépatite dont l'inflammation se communique au péritoine au point de simuler une appendicite. La douleur diffusait à tout le côté droit de l'abdomen. La symptomatologie de la périsplénite est au complet. Non seulement la splénodynie existe mais elle s'accompagne de signes nets de péritonite localisée à gauche : nausées, douleurs abdominales et syndrome de VON WAHL. Après avoir légèrement touché le péritoine, l'inflammation se communique à la plèvre et crée une véritable pleurite de la base gauche.

Observation N° 38. — CHIRAY et JANET (S. M. H. P., 6 mai 1921).

T..., 36 ans, domestique, entre le 31 août 1920 pour douleurs abdominales. Elle a toujours été bien portante mais tousse l'hiver, a eu deux enfants morts en bas âge. Depuis le 22 août, très affectée de la mort de son dernier enfant, elle se plaint d'inappétence et de douleurs gastriques.

27 août. Douleur gastrique dans le côté droit de l'abdomen fait son apparition, puis le ventre devient douloureux et surviennent des nausées fréquentes. Ces signes n'étant pas amendés le 31 août, elle entre dans le service.

1^{er} septembre. Etat général bon. T° dépasse légèrement 37. La palpation du côté droit de l'abdomen douloureuse révèle un ventre souple. On prescrit la diète et la glace, hésitant entre appendicite et cholécystite.

3 septembre. Les vomissements réapparaissent. Elle souffre beaucoup de l'abdomen. T° 39-40.

Dé 4 à 6 septembre, la température persiste à 39. Le ventre est souple, la douleur prédomine dans la région cystique.

7 septembre. T° à 40. Nausées, mais la malade se plaint non de la région vésiculaire; mais de la région épigastrique du côté gauche. Dans les jours qui suivent, les douleurs abdominales persistent, survenant par paroxysmes, très pénibles, nécessitant des injections de morphine, et de siège variable. Lors d'une crise dans l'hypochondre gauche, le ballonnement se localise à quelques anses intestinales qui sont dilatées et dont le contour est visible sous les téguments. La terminaison se fait d'une manière brusque avec bruit hydroaérique et affaissement soudain de la tuméfaction. Ces symptômes s'amendent peu à peu, la T° baisse, le 20 la malade quitte l'hôpital. Mais dès le lendemain reprise de la fièvre et des signes généraux.

28 septembre. Elle rentre à l'hôpital. L'état général est mauvais. Pâle, amaigrie, fatiguée, elle se plaint toujours de son hypochondre droit. De plus, un point douloureux siège au niveau de la neuvième côte gauche. L'examen du thorax révèle une diminution de l'ampliation thoracique à gauche, une submatité et une diminution du murmure vésiculaire. A la radioscopie, l'obscurité complète du sinus costodiaphragmatique gauche signe la pleurésie sèche, car la ponction exploratrice ne donne pas de liquide. La palpation de l'abdomen réveille des douleurs dans la région vésiculaire, mais ces douleurs sont moins vives et la paroi abdominale est souple.

6 octobre. Le point de côté disparaît et les jours suivants les signes pleuraux vont s'atténuer peu à peu. Durant tout le mois d'octobre et tout le mois de novembre, la malade reste alitée, se plaignant fréquemment de douleurs abdominales à localisation variable. Son état général ne s'améliore guère. Elle maigrit. La fièvre persiste autour de 38.

Ces symptômes généraux, la lésion pleurale nous font penser à une évolution bacillaire et nous sommes tentés de rattacher aussi à la tuberculose les épisodes péritonéaux subaigus du début ainsi que les séquelles douloureuses.

20 octobre. Apparition d'une céphalée tenace très pénible qui durera très longtemps.

15 novembre. Nous remarquons une légère tuméfaction périostée sensible à la pression dans la région pariétale droite du crâne. Quelques jours plus tard, nous constatons l'apparition des douleurs et l'épaississement du tiers moyen de la clavicule gauche. Il s'agit de périostite syphilitique.

Le diagnostic se confirme par la constatation d'adénopathie cervicale postérieure et carotidienne gauche. Le Wassermann pratiqué le 25 novembre est positif. On entreprend un traitement au néosalvarsan.

Rapidement, nous constatons la disparition des périostites, la diminution des adénopathies, la suppression radicale de la céphalée. Dès les premières injections disparaissent également les douleurs abdominales qui n'avaient jamais cessé depuis fin août. La T° baisse, l'état général s'améliore.

Fin décembre, la radioscopie montre les culs-de-sac parfaitement libres et le fonctionnement normal des deux diaphragmes.

Il est fort regrettable que l'exploration des autres organes n'ait pas été pratiquée, car ces douleurs abdominales peuvent être provoquées par une surrénalite (observation N° 32) ou par une pancréatite (observation N° 31).

On pourrait même se demander pourquoi une inflammation plus forte ne serait-elle pas à l'origine d'une pleurésie ou d'un épanchement péritonéal. Peut-être s'expliquent ainsi quelques cas d'épanchement péritonéaux (QUEYRAT S. M. H. P. mai 1921).

Le diagnostic différentiel de la syphilis fébrile à prédominance splénique est quasi impossible à faire à cause du grand nombre de maladies fébriles où est retrouvée la splénomégalie. A ce sujet il semble que c'est à tort qu'on a voulu prêter au foie un rôle pyrotogène, car s'il en était ainsi, pourquoi y a-t-il tant de cirrhoses apyré-

tiques. S'il fallait trouver un organe dont l'atteinte soit fébrile, ce rôle devrait être dévolu à la rate.

Cette localisation est à discuter en effet avec toutes les maladies fébriles décrites dans le chapitre des signes généraux prédominants sauf le rhumatisme articulaire aigu.

Une fièvre prolongée avec localisation hépatique ou splénique est déjà fort évocatrice de la syphilis. Mais elle n'évoque pas que cette maladie. En règle générale on ne pense aux autres origines qu'après avoir éliminé celle-ci. Toutefois d'autres localisations lui sont spécifiques.

Ce sont les artérites, les médiastinites et surtout les périostites.

LOCALISATION ARTÉRITIQUE.

Débutant dès le chancre par infiltration périvasculaire la période prolifique est la période tertiaire, ou après le vasa-vasorum, la syphilis envahit les tuniques et réalise une panartérite.

La syphilis a quelques lieux d'élection pour certaines artères, en dehors de tout état fébrile.

Ce sont l'aorte, surtout la crosse de l'aorte et les artères cérébrales. La lésion des autres artères, les moins rares, s'extériorise cliniquement par une artérite des membres inférieurs et des capillaires, qui provoque soit des ulcères, soit le syndrome de Raynaud.

L'artérite cérébrale ou l'aortite assurent, à elles seules, le diagnostic de la syphilis, à plus forte raison quand elles sont fébriles. L'artérite fébrile, de quelque artère que ce soit, impose presque le diagnostic, à une ou deux exceptions près. On a cité, en effet, des artérites à germes banaux. L'artérite de la tibiale gauche est un lieu de prédilection pour le bacille d'Eberth. Il est un point intéressant à noter, c'est la fréquence des artérites au cours des protozooses.

LOCALISATION MÉDIASTINALE.

La médiastinite fébrile n'implique pas forcément sans discussion possible l'idée d'un processus syphilitique, mais laisse à discuter entre la maladie d'Hodgkin, la leucémie qui touche plus volontiers les ganglions, et le cancer soit ganglionnaire soit œsophagien.

Son expression clinique est variable. Dans le cas d'un trouble veineux, la circulation collatérale superficielle est nette et s'accompagne dans certains cas d'œdème en pèlerine et même de cyanose. Les signes les premiers en date sont toutefois des accès de suffocation pouvant réaliser des véritables spasmes glottiques, et le plus fréquemment une toux coqueluchoïde avec dysphonie et parfois dysphagie. L'exploration radiologique du médiastin est capitale et seule probante.

La médiastinite syphilitique s'associe presque toujours à l'aortite qu'elle soit compliquée ou non d'anévrysme. Sa valeur découle non de son existence, mais de son apparition au cours d'un état fébrile indéterminé. Dans ce cas elle ne laisse subsister aucun doute sur la véritable origine de la maladie.

LOCALISATION PÉRIOSTÉE.

La périostite est la localisation la plus intéressante quant au diagnostic.

Bien que non spécifique de la syphilis, puisqu'une périostite se retrouve tant au cours de la typhoïde qu'au cours des différentes protozooses, son apparition est de grande valeur.

L'atteinte périostée n'attire pas l'attention au début d'autant plus que, fréquemment, s'associent des myalgies, des arthralgies et des névralgies. Ces douleurs généralisées ont tout à fait l'apparence d'un rhumatisme.

ce qui explique le nom de pseudorhumatisme syphilitique donné par FOURNIER. Ce n'est qu'à la longue qu'une exploration minutieuse de l'os montre une saillie anormale, siège d'une douleur exquise. Décrites souvent sous le nom de gomme osseuse, elles ont une prédilection pour le tibia, la clavicule et les os du crâne. En la cherchant bien, la périostite semble assez fréquente au cours de formes à signes généraux prédominants. Son apparition, au cours de ce syndrome, a une valeur indéniable, comme le montre l'observation qui suit.

Observation N° 39. — NETTER (S. M. H. P., 17 novembre 1916).

Une dame de 40 ans demandait des soins, il y a 12 ans environ, pour des accès fébriles se répétant tous les jours à la même heure ; débutant par des frissons, se terminant par des sueurs. La rate était manifestement augmentée de volume et son bord inférieur descendait plus bas au moment des accès. Je pensais d'autant plus volontiers à une fièvre intermittente, que la malade habitait dans un quartier où j'avais observé plusieurs cas de paludisme.

Le traitement par la quinine avait déjà été institué à plusieurs reprises, sans succès appréciable. Car les premiers accès remontaient déjà à près de 8 ans. L'examen de sang ne montra pas d'hématozoaires. La constatation chez un ses enfants d'un mal de Pott, auquel vint s'ajouter un peu plus tard une tuberculose rénale, m'amenait à penser qu'il s'agissait chez la mère d'une fièvre de nature bacillaire, sans détermination locale évidente ; et cette impression se confirmait encore lorsqu'il y a 2 ans un autre fils fut atteint d'hémoptysie, avec lésions peu marquées d'un sommet.

Septembre 1916. Il y a 2 mois, j'étais appelé auprès de cette dame pour des douleurs articulaires qui siégeaient surtout dans les pieds et dans les genoux, et qui avaient fait leur apparition dans le Midi de la France, vers le mois d'avril. La malade me signalait qu'à la même époque, elle avait souffert à la base du cou, en avant, et qu'elle avait constaté l'apparition à ce niveau d'une bosse qui avait augmenté de volume progressivement.

Je constatai immédiatement qu'il existait à la partie moyenne de la clavicule gauche une tuméfaction de volume d'une mandarine bosselée, présentant des points ramollis. Il s'agissait incontestablement d'une gomme. Les tibias présentaient des irrégularités, un métatarsien était également tuméfié.

La syphilis n'était pas discutable : d'autant moins que son mari était décédé de paralysie générale en janvier 1915.

La fièvre n'a pas cessé de se manifester avec son allure quotidienne et sa poussée sudorale ; la rate était extrêmement volumineuse.

Après la deuxième injection de benzoate, la température est disparue. 3 semaines après la rate a diminué et ne mesure que le quart de sa dimension d'avant traitement.

Isolées ces trois dernières localisations n'ont pas beaucoup de valeur diagnostique. Qu'une médiasténite, artérite ou périostite soit découverte au cours d'une quelconque des formes cliniques de la syphilis fébrile étudiée, cela suffit pour assurer l'origine syphilitique de la maladie. Leur valeur au cours d'un état fébrile est comparable à celle d'une irido-cyclite, d'une kératite, d'un signe d'argyll-robertson ou d'une abolition du réflexe achilléen rencontrés chez un malade.

Il semble bien que malgré toutes les localisations viscérales décrites, il s'agisse en réalité d'une septicémie, d'une panviscéríte. Si quelques formes telles hépatiques ou rénales ont été nettement individualisés, ce n'est qu'une division aléatoire, toute factice. Il est vraisemblable qu'un examen approfondi montrerait une atteinte de tous les viscères. Si le foie et la rate sont les plus facilement appréciables, la syphilis ne respecte guère les os, les méninges, l'encéphale, les yeux, la moëlle, et au cas où l'autopsie a été pratiquée, des lésions furent retrouvées au niveau du rein, de la sur-

rénale, du pancréas, de la thyroïde et même sur le tube digestif (FAROY, observation N° 31).

Curieuse est l'analogie de la syphilis avec la spirochètose ictérohémorragique. Septicémies toutes deux, elles se manifestent par une atteinte polygrandulaire et par une égale diversité de leurs signes cliniques. La syphilis ne peut plus être considérée comme apyrétique. La spirochètose n'est pas toujours fébrile et ses formes apyrétiques sont fort connues. Les manifestations sont également variées : cutanées, ictériques, rénales, myalgiques, méningées et même mentales pures.

Mais alors que le diagnostic de la spirochètose au point de vue clinique s'appuie sur l'atteinte hépatorénale ; pour la syphilis, l'artérite, la médiasténite, la périostite et l'atteinte du système nerveux jouent le rôle de pierre de touche.

Leur similitude clinique pourrait s'expliquer par leur similitude morphologique : le spirochète d'Inada et Ido est voisin du tréponème pâle de Schaudinn.

Ce qui est bien caractéristique en plus pour la syphilis, c'est la succession de diverses formes les unes après les autres. Cette succession de localisations variées dont l'origine n'a pas été diagnostiquée, a presque autant de valeur que l'apparition d'une artérite, médiasténite ou périostite qui sont fréquemment d'apparition terminale.

DIAGNOSTIC

Nous venons de voir que la syphilis est une affection polymorphe. Plusieurs données nous ont été nécessaires pour pouvoir affirmer l'origine syphilitique. Principalement la sérologie positive, et l'efficacité du traitement. Mais ces deux signes ne sont pas suffisants et il faut en plus les commémoratifs du chancre ainsi que l'existence des signes de la syphilis évolutive. Ce n'est que leur association qui permet d'affirmer l'étiologie. Car, un signe isolé n'a pas grande valeur. Les observations de cette thèse ont l'avantage de réunir ces cinq données.

On semble attacher une importance excessive à la *sérologie*, et pourtant on sait très bien que le diagnostic ne peut se baser uniquement sur elle.

La sérologie n'est pas un critère sûr, ce n'est qu'un signe de présomption. En effet, le Wassermann n'est pas toujours positif au cours d'une syphilis évolutive et sa positivité a pu être notée dans certaines maladies en dehors de la syphilis.

D'apparition tardive lors de la période primaire (18-20 jours) le Wassermann est quasi constamment positif au cours de la période secondaire. Sa positivité, par contre, ne se retrouve que dans la moitié des cas environ dans la période tertiaire, et très rarement dans la période quaternaire où la réaction est généralement négative. Mais nous savons qu'un Wassermann négatif est réputé n'avoir aucune valeur.

Il n'en est pas de même pour la positivité. D'une

grande valeur, une réaction positive n'est pas pourtant une certitude de syphilis, comme on semble le croire.

Si, en présence d'une exulcération de la verge ou devant des maculopapules squameuses, sa valeur est définitive ; au cours d'une fièvre indéterminée, sa positivité est loin d'avoir le même poids.

N'a-t-on pas trouvé, comme l'avait si bien fait remarquer dès 1920 notre Maître TOURAINE (*Revue de Médecine*), des réactions positives au cours des infections banales aiguës : scarlatine, rougeole, rhumatisme articulaire, au cours d'intoxication telle que le saturnisme, ou, au cours de paludisme.

Au cours des maladies précitées, ces réactions positives étaient des exceptions et n'apparaissaient que d'une façon transitoire.

Mais que dirait-on des maladies rarement rencontrées en France, il est vrai, où sa positivité est de règle. Ces maladies sont toutes des protozooses. Malheureusement, la recherche du Wassermann au cours de ces affections n'a pas été approfondie. En tous cas le protozoaire le plus rapproché morphologiquement du tréponème syphilitique, qui est le tréponème perténué du pian, s'accompagne toujours du Wassermann positif.

Les spirochètes voisins des tréponèmes, eux aussi provoquent la fixation du complément. Dans le genre *spirochaeta*, le spirochète d'Obermeier qui est à l'origine de la fièvre récurrente positive le Wassermann, de même que le genre *spirella* (Sodoku). Il est plus contesté dans le genre *leptospira*, du moins pour le *leptospira ictérohémorragiae*.

La fixation du complément est de règle au cours des maladies à trypanosomidés : tant au cours des leishmanioses, qu'elles soient cutanées (bouton d'orient, leishmaniose forestière américaine) ou viscérales (Kala-Azar), qu'au cours des trypanosomoses (maladie du sommeil, maladie de Chagas).

Il est à remarquer que le Wassermann est généralement négatif au cours de l'amibiase et du paludisme, à quelques exceptions près.

Pourquoi s'occuper de ces maladies pourra-t-on objecter, puisque ce sont des maladies exotiques ? Par les temps actuels, il n'y a plus de limites de continents, et encore moins de pays.

On doit rechercher avec minutie dans les antécédents les *commémoratifs* du chancre. Là encore la question se compique : si chez l'homme cette recherche n'est guère bien difficile, le chancre passe la plupart du temps inaperçu chez la femme, ou méconnu en cas de chancre extra-génital.

L'*efficacité du traitement* employé contre le tréponème pâle est d'un appoint énorme pour le diagnostic et surtout s'il s'y ajoute une sérologie positive. Ici encore, la certitude absolue n'est pas acquise quant à l'origine de la maladie, la présomption est par contre doublée.

En effet, l'arsenic, le plus couramment employé pour combattre la syphilis, a une action non élective et ne touche pas que le tréponème. C'est un médicament tonique général qui agit dans bien des maladies et sur bien des germes. Ainsi, son action tonique générale pourrait peut-être expliquer l'amélioration dans les cas de « scrofulates de vérole » qui paraissent être uniquement tuberculeux.

Il est intéressant de se rapporter à l'article de William BEST (*The journal of American Med. Association* 1914, p. 375). Cet auteur insiste sur la bonne action de l'arsenic non seulement dans les maladies telles que l'anémie, la tuberculose, les bilharzioses, les filharisoses et maintes affections dermatologiques, mais aussi dans

un grand nombre de protozooses. Ces dernières sont les plus intéressantes car on retrouve l'efficacité du traitement dans les mêmes protozooses qui présentent la sérologie positive. En particulier, dans le cas du pian, dans la fièvre récurrente cosmopolite, dans toutes les autres fièvres récurrentes (africaines, espagnoles du Texas) dans le Sodoku, au cours de leishmanioses cutanées (bouton d'orient, leishmaniose américaine) et viscérales (Kala-Azar) et au cours de la maladie du sommeil

Il est à signaler que l'efficacité de l'arsenic est noté de plus, au cours de l'amibiase, du paludisme et de l'angine de Vincent, alors que leur Wassermann est négatif. A l'inverse des précédentes, la spirochétose ictérohémorragique, qui a une sérologie parfois positive, reste non influencée par le traitement.

L'action du mercure et de l'iode n'est pas plus spécifique de la syphilis que ne l'est celle de l'arsenic : à ne citer que l'action du mercure dans le mal del pinto et de l'iode dans les mycoses.

Aucun des médicaments dénommés antisypilitiques n'est réellement spécifique. Toutefois, la bonne action du traitement est un très grand signe de présomption.

On ne peut qualifier de syphilis, une maladie s'accompagnant d'une sérologie positive et réagissant bien au traitement ; maladie survenant même chez un ancien syphilitique (un syphilitique n'est pas à l'abri d'une autre infection) si elle ne présente deux points essentiels :

— la négativité de la recherche des maladies pouvant simuler les tableaux cliniques réalisés,

— et la présence des signes de syphilis évolutive dans les antécédents et au cours de la maladie envisagée.

La négativité des examens de laboratoire et l'échec des traitements anti-infectieux entrepris, sont de très gros appoints.

Ainsi, la recherche minutieuse répétée des amibes dysentériques toujours négative, et l'échec du traitement éméтинien fait rejeter le diagnostic d'amibiase qui a pu être envisagé. De même, l'inefficacité de la quinine et la non-découverte d'hématozoaires à diverses reprises, fait éliminer le paludisme. Mais si quelques examens ont beaucoup de valeur tels que les sérodiagnostics de Widal et de Weil-Félix, et la biopsie ; d'autres en ont moins : intradermo-réaction, ponction de rate.

On ne peut pratiquer les examens de laboratoire pour toutes les maladies, aussi ce point perd-il quelque peu de son importance.

L'existence des signes de syphilis évolutive est par contre primordiale. L'interrogatoire bien poussé apprend bien souvent que, depuis le chancre, il y a eu une suite discontinue de phénomènes de syphilis évolutive auxquels succèdent des accidents actuels montrant par là que le tréponème est bien vivace.

Parmi les signes les plus marquants on pourrait signaler : la splénomégalie, la céphalée, l'alopécie, l'adéno-nopathie occipitale et susépitrochléenne, les maculopapules squameuses auxquelles font suite les syphilides pigmentaires cuivrées, des gommes cutanées et osseuses, des leucoplasies, des troubles oculaires (kératite, iridocyclite, argyll-robertson) ainsi que l'abolition de réflexe ; enfin quelques localisations bien évocatrices : non pas tant hépatosplénique que médiastinales, aortiques et périostées.

Ce n'est pas la présence d'un de ces signes qui a une signification indubitable, mais son existence ; elle doit faire soupçonner et faire rechercher les autres signes. Ce qui est bien caractéristique du tréponème c'est une succession rapide de tableaux cliniques variés et leur intrication, tableaux qui rappellent des maladies fébriles indéterminées posant le diagnostic de fièvre prolongée de longue durée.

Et même ici, les signes de la syphilis évolutive peuvent prêter à l'équivoque car ils n'appartiennent pas uniquement à la syphilis. Toutes les maladies provoquées par les protozoaires ou les bacilles typhiques ont une grande similitude.

Sans s'occuper de la splénomégalie et hépatomégalie assez banales, l'alopécie, la céphalée, les douleurs erratiques, les éruptions, peuvent être notées dans maints protozooses.

L'artérite se rencontre dans la typhoïde et d'une manière courante dans le typhus.

La périostite fait partie du tableau clinique du pian, de la typhoïde, du typhus ou des rickettsioses.

L'atteinte neurologique est notée dans grand nombre de protozooses.

Aucun de ces cinq signes malheureusement n'a une valeur absolue. Le diagnostic de la syphilis se fonde sur leur association. Les plus importants toutefois, restent les signes évolutifs, la sérologie et le traitement.

Devant des tableaux cliniques quelque peu identiques à ceux précédemment décrits, dont l'origine n'a pas été trouvée, devant des tuberculoses et des fièvres de Malte sans preuve, des paludisme quinquorésistants, on est en droit de suspecter la syphilis et de la rechercher avec la plus grande attention.

Il ne faudrait pas toutefois baser le diagnostic de syphilis à la légère, se fondant sur les signes évolutifs seuls, puisque nous avons vu qu'ils ne sont pas spécifiques, ni sur une sérologie positive, ni sur le traitement arsenical. En cas d'une seule de ces données, le diagnostic est épineux. Il est vrai que la syphilis peut emprunter tous les masques ; mais il ne faudrait pas tomber dans l'erreur de vouloir la trouver partout. Il semble qu'on ait

exagéré depuis Fournier la valeur de la syphilis fébrile. Si elle est mieux connue, elle n'est pas tellement fréquente que l'on pourrait le croire par les observations publiées, car nombreuses sont celles qui pèchent par insuffisance de diagnostic.

La boutade fort spirituelle de RICORD, semble-t-il, acquiert toute sa valeur. N'a-t-il pas en effet écrit : « Si l'état d'esprit qui domine actuellement continue, la pathologie tout entière deviendra bientôt une annexe de la syphilis ». Cet état semble prédominer tant en France qu'à l'étranger.

CHAROWSKY (*Thèse de Buenos-Ayres 1932, Prensa Medica Argentina 1932*) n'écrit-il pas que l'action du novar affirme sans contestation possible l'origine syphilitique, à plus forte raison quand s'y associe un Wassermann positif. Il classe dans cette catégorie les personnes qui avaient présenté dans leurs antécédents des états typhoïdiques indéterminés, quelque temps auparavant. Il cite même à l'appui de ses idées, un exemple d'un habitant de la campagne, qui présentait un état typhoïdique marqué avec injection conjunctivale et chez lequel il n'a pas pensé à rechercher le sérodiagnostic de Weil-Félix, se contentant de la sérologie positive et de l'effet rapide du novar.

A peu près le même état d'esprit domine en France. On considère à tort toutes ces maladies à protozoaires comme inexistantes. Peut-être le sont-elles comme l'étaient considérées certaines affections bien étudiées depuis : la mélitococcie et la spirochétose ictérohémorragique étaient peu connues avant 1905 ; la fièvre boutonneuse du littoral méditerranéen était considérée comme inexistante en France avant 1925. Les travaux récents citent plusieurs observations autochtones de Kala-Azar et de tyhus bénin d'origine murine.

L'observation N° 40 serait peut-être à discuter entre la maladie de Brill et la fièvre boutonneuse ; car le dia-

gnostic est basé uniquement sur la sérologie et le traitement. Et pourtant, il existe une injection des conjonctives et une éruption maculopapuleuse rappelant d'emblée le typhus. Il est vrai que, un sérodiagnostic de Weil-Félix était négatif, mais il n'a pas été répété ultérieurement et on sait qu'il peut se positiver tardivement.

Observation N° 40. — BERTEAU (Thèse Paris, 1921).

Pierre C..., 52 ans, employé de commerce, entre le 17 avril 1920. Le malade, dans un état de prostration et d'abattement très marqués, répond difficilement aux questions posées. Il semble être dans un état de torpeur, étendu, inerte, en chien de fusil. On apprend avec difficulté que les jours précédents, il était pris de frissons, répétés pendant 2 jours avec des intervalles égaux ; ces frissons n'ayant rien de la solennité du frisson pneumonique ou paludéen. Il a une céphalée vive, des vomissements, pas d'épistaxis. Le médecin, appelé dès le début, a aussitôt pensé à une fièvre typhoïde. Depuis 4 jours le malade a une température oscillant entre 39 et 40. A l'examen, le malade est prostré, la langue sèche, presque rôtie. Il évite la lumière et semble avoir un peu de photophobie. L'abdomen est souple avec un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite. Pas de splénomégalie, ni diarrhée.

On est frappé par une éruption morbilliforme par endroits, s'effaçant sous la pression du doigt, disposée abondamment sur l'abdomen, la partie inférieure du thorax, la racine des cuisses, les fesses. Les membres et la face sont respectés. La gorge est rouge ; on note sur la face antérieure de chaque pilier une petite ulcération irrégulière, grisâtre, de 2 cm. et demi. Il y a un léger catarrhe conjonctival. Les urines sont hautes en couleur, sans albumine.

A l'examen du système nerveux, on note de la raideur de la nuque, un signe de Kernig, pas de Babinski, T° 40.

Deux diagnostics sont alors discutés : fièvre typhoïde bien entendu, et celui de typhus exanthématique, car le malade habite une maison des quartiers de l'Hôtel de Ville où sont des réfu-

giés russo-polonais. Disons cependant qu'il semble propre : pas de poux.

Une P.L. pratiquée donne un liquide légèrement hypertendu : albumine 0,90, lymphocytes 30.-B.W. du liquide ++++. Le résultat de cette ponction lombaire, principalement le Wassermann, est une surprise. A vrai dire, l'étendue de l'éruption nous semblait autre chose qu'une roséole.

Nous complétons nos recherches par l'hémoculture et la réaction de Weil-Félix qui sont toutes deux négatives. B.W. + dans le sang. Nous pensons alors à la possibilité d'une typhose syphilitique chez un individu en pleine syphilis secondaire, dont le chancre aurait passé inaperçu, et nous pratiquons le lendemain de son entrée une injection de novar 0,30.

La T° tombe le lendemain d'un degré, nous faisons du cyanure 0,01. La température continue à descendre.

Dès la 6^e : disparition de l'état fébrile, de la céphalée, de la raideur de la nuque et du Kernig.

23 avril. Une semaine après l'entrée : P.L. lymphocytes : 3 — albumine 0,40 — B.W. douteux. On continue le traitement.

Que ces maladies à protozoaires soient inexistantes en France, que dira-t-on alors des malades ayant séjourné en Orient ou aux Colonies ? Dans plus de la moitié des observations publiées de la syphilis fébrile on note parmi les antécédents des séjours prolongés soit en Afrique, soit en Asie. La question se complique un peu, car pour peu que le sujet ait présenté une affection fébrile, elle est étiquetée paludisme ou dysenterie, sans preuves bien précises.

Nul n'est besoin d'aller en Amérique pour retrouver des diagnostics fondés sur la sérologie et le traitement. Voici une observation bien significative.

Observation N° 41. — DUMONT (S. M. H. P., 4 novembre 1921).

Le nommé B..., 48 ans, est envoyé à l'hospice de Brévannes le 8 avril 1921 pour un emphysème bilatéral avec bronchites fré-

quentes dont le début remonte au mois de novembre 1918. L'état général est excellent. Le foie, indolore, de consistance normale, déborde de 2 travers de doigt le rebord costal sur la ligne mamelonnaire.

Le malade avoue des excès alcooliques (2 litres d'absinthe), auxquels on rattache l'hépatomégalie.

La courbe thermique est irrégulière : elle s'élève fréquemment autour de 38° le soir. Il n'existe cependant aucun signe clinique ou radiologique de sclérose pulmonaire tuberculeuse. L'examen des crachats est négatif à plusieurs reprises. On voit l'état s'aggraver peu à peu. La courbe thermique s'élève à certains moments à 39°, accompagnée de quelques frissons, pour retomber à 37-38°.

Notre malade est un ancien colonial ayant séjourné au Dahomey et au Tonkin à l'âge de 18 ans, en 1892, et rattache ces frissons à son paludisme ancien qui a été cependant fort bénin. A 3 reprises l'examen du sang est fait en plein accès ou le lendemain. Il n'a jamais montré d'hématozoaires. La formule leucocytaire est normale, sans mononucléose, sans éosinophilie. La rate, normale.

Du 27 juin au 18 juillet, on voit se déclarer un syndrome très spécial indiquant une atteinte manifeste de glande hépatique.

Apparaissent quelques veines de la région inférieure de l'abdomen, et il existe une légère ascite libre.

Le foie est volumineux, atteint la ligne ombilicale, très régulier, douloureux au palper. La rate est perceptible sur 3 travers.

C'est une hépatite fébrile, dont la T° oscille autour de 38, puis 39, enfin 40 le 15 juillet.

Par ses oscillations inégales, par son type inverse, elle rappelle la fièvre des tuberculoses aiguës ; pas de sueurs.

Les signes hémorragiques d'insuffisance hépatique sont presque au complet : gencives saignantes, épistaxis fréquentes, taches purpuriques aux membres inférieurs, enfin hémorragie rectale à type hémorroïdaire. Les urines sont rares, riches en urobiline.

Nous portons le diagnostic de cirrhose maligne d'origine alcoolo-tuberculeuse, non sans avoir retenu la possibilité d'amiabiose ou de syphilis hépatique.

Notre malade a eu au Maroc une crise de dysenterie à forme légère, caractérisée par 2 selles sanglantes journalières et guérie en 8 jours par le bismuth. Les matières ne contiennent pas de kystes amibiens.

La notion de syphilis est par contre plus nette : à l'âge de 19 ans, au Tonkin, le malade a contracté un chancre du sillon balano-préputial gauche accompagné de roséole. Il a eu 9 enfants, tous nés à terme, et depuis n'a présenté aucun accident tréponémique.

Actuellement, aucun stigmate de syphilis nerveuse, artérielle, cutanée. B.W. +++ dans le sang.

Le 18 juillet, il reçoit novar 0,15. La T° descend en chute brutale à 36 et depuis lors ne dépassera plus jamais 37,5.

Après 10 injections, la crise polyurique s'établit, atteint 2 litres ; l'ascite disparaît. Le foie régresse rapidement de volume, et devient indolore. Toutes les hémorragies cutané-muqueuses disparaissent, sauf les hémorroïdes taries en septembre.

Le 10 octobre, état amélioré : le foie déborde de un travers de doigt, reste dur, avec bord non émoussé. T° normale.

Comment attribuer à la syphilis une hépatite fébrile se basant sur la sérologie, l'effet du traitement et les antécédents de chancre et de roséole remontant à 30 ans auparavant, alors que depuis la roséole aucun accident tréponémique n'a pu être noté, et que le malade ne présentait ni splénomégalie ni aucun stigmate de syphilis nerveuse, artérielle ou cutanée. Par contre, il a séjourné au moins durant 20 ans au Tonkin, au Dahomey et au Maroc et a présenté deux épisodes fébriles de caractère différent, étiqueté paludisme et dysenterie sans qu'on ait pu déceler un seul hématozoaire ou des amibes.

Non moins frappante est l'observation d'un ancien colonial ayant fait 12 ans en A. O. F. et A. E. F. : Soudan, Chari, Congo. Il a présenté un chancre considéré à son époque comme chancre mou. Depuis lors, il n'a pas présenté d'accidents secondaires et aucun autre acci-

dent syphilitique. Les accès fébriles irréguliers datent de la même époque et ne s'accompagnent que de périostites multiples, peu significatives d'une syphilis, alors que toutes les autres protozooses sont très courantes dans cette région de l'Afrique. Le diagnostic se basait là encore sur le Wassermann et le traitement.

Observation N° 42. — FAVRE et CONTAMIN (Journal de Médecine de Lyon, 1923).

L'adjudant G... est dirigé pour fièvre persistante évoluant depuis plusieurs mois, prise d'abord pour fièvre paludéenne et traitée en vain comme telle, puis confondue avec fièvre tuberculeuse d'invasion.

L'état général est touché, l'amaigrissement énorme. Il se plaint de douleurs qualifiées rhumatoïdes.

Ancien colonial (durant 12 ans et 3 mois), il a séjourné en A.O.F. et A.E.F. Au Soudan et Chari, il contracte le paludisme et présente la congestion du foie. En 1914-1915, au Cameroun, il est de nouveau atteint de paludisme. En mai 1916, il a eu des rapports sexuels avec une négresse, au Congo Belge ; 15 jours après coït apparaissaient des ganglions à l'aîne et un chancre considéré comme mou ; il durait encore en juillet. Pas d'accidents secondaires.

Dès la période du chancre (juillet 1916), il présente des accès fébriles assez irréguliers. En raison de son paludisme antérieur, on pense à une récurrence, le malade est soumis à une thérapeutique intensive par la quinine.

Il entre de nouveau, pour paludisme et rhumatisme, du 30 septembre au 23 novembre 1916 ; l'état général a fléchi, les accès fébriles sont plus intenses que jamais. T° 38,5-40 et 40,8. Nerveux et instable, il présente des douleurs généralisées, et demande de partir au front.

Dès son arrivée au front, décembre 1916, il passe 3 mois en ambulance avec « douleurs articulaires et fièvre ». De là, il est dirigé sur un centre de triage des affections pulmonaires avec le diagnostic de : « Bacillose aiguë, fièvre à courbe irrégulière, dou-

leurs articulaires ostéo-périostées, épiphysaires et mauvais état général. »

Février 1917. Vu par KINDBERG, il ne tousse pas, ne crache pas ; les examens clinique et radioscopique du thorax sont entièrement négatifs. Aspect général mauvais, alternance de constipation et de diarrhée. Le foie et la rate par contre sont augmentés de volume. Cœur normal. Fièvre élevée à grandes oscillations. On est frappé surtout par l'existence de douleurs à la pression des os, coexistant avec des légères tuméfactions périostées.

Le malade est dirigé sur le service de FAVRE : état lamentable, extrêmement amaigri ; ne peut dormir la nuit tant les douleurs sont aiguës, elles s'exaspèrent au point que le poids des couvertures sur les jambes ne peut être supporté. Poumons, cœur intacts. Hypertrophie du foie et de la rate pouvant être rapportés au paludisme, mais on note l'existence de douleurs multiples osseuses et tuméfactions périostées, extrêmement généralisées.

La pression sur presque tous les os arrache des cris au malade : les os du crâne présentent des soulèvements périostés. Ces tuméfactions se retrouvent au niveau des côtes : épitrochlée, tibias dont les tubérosités et la face sont augmentés de volume et toujours d'une exquise sensibilité à la palpation. Points douloureux osseux tout particulièrement nets au niveau du bassin. Le reste de l'examen est normal : aucun trouble, pas de névrite, ni sciatique. Réflexes normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

L'état psychique est atteint : très irritable, le malade répond avec vivacité inaccoutumée.

Les examens de laboratoire montrent : l'absence d'hématozoaires, Wassermann positif.

On institue le biiodure puis le novar, 4 jours après la T° est normale, les douleurs étaient disparues le lendemain.

Il est également difficile de qualifier de syphilitique un état fébrile avec hépatomégalie, parce qu'il réagit au traitement antisypilitique, et parce que le paludisme et la dysenterie aient été éliminée ; état fébrile survenant chez un sujet n'ayant jamais présenté, dans ses antécé-

dents, ni chancre, ni tout autre accident de ce genre, et dont la fièvre date de son séjour en Orient.

Observation N° 43. — GILBERT, CHIRAY, COURY (S. M. H. P., 18 mars 1921).

P. E..., 33 ans, bien portant jusqu'en mars 1917, contracte le paludisme à l'armée d'Orient. Insuffisamment traité, le sujet garde à partir de ce moment des accès de fièvre intermittente paludéenne, qui reviennent environ tous les 15 jours. Il semble avoir contracté également à ce moment la dysenterie.

En août 1917, il est évacué en France et réformé pour blessure de guerre.

En octobre 1917 à juin 20, se présentent à des intervalles réguliers des accès fébriles intermittents. D'autre part, il se trouve constamment affaibli par une diarrhée chronique.

Juin 1920 à octobre, l'état s'aggrave. Le 18 juin, en effet, survient une crise ressemblant à une poussée de dysenterie aiguë au cours de de la dysenterie chronique, et caractérisée par de très nombreuses selles liquides et de couleur noire, puis après quelques jours la diarrhée cesse ; mais la fièvre devient quotidienne ; l'état général décline rapidement et le malade entre à l'hôpital.

Durant son premier séjour d'octobre 1920 à janvier 1921, considéré d'abord comme atteint d'hépatite dysentérique, il suit sans succès un traitement intensif à l'émétine. On le fait passer dans un service de chirurgie où, toujours considéré comme atteint de la même maladie, il subit sans plus de résultat 16 ponctions exploratrices très profondes du foie.

Lors de son second séjour depuis le 6 janvier 1921, l'état général est mauvais : le teint pâle, anémié. Le sujet a considérablement maigri (25 kilos en 6 mois). La fièvre est continue, oscillant irrégulièrement entre 38, 39 et 40. Elle n'a pas cessé d'exister depuis le mois de juin. Le malade, habitué à la quinine par son paludisme macédonien, a vainement cherché à combattre cette fièvre depuis 6 mois à l'aide de fortes absorptions de ce médicament.

Le foie est très augmenté de volume. Son bord supérieur re-

monte jusqu'à un cm. au-dessous du mamelon, son bord inférieur dépasse de 3 travers de doigt. La surface débordante paraît irrégulière, dure, très légèrement douloureuse. L'extrémité droite du lobe droit semble plus hypertrophiée que le reste de l'organe. Elle descend jusqu'à la crête iliaque. Cette masse fait penser un moment à la tumeur rénale, ne s'accompagne d'aucun trouble fonctionnel ; on n'observe ni ictère, ni ascite, ni circulation collatérale, ni hémorragie. La rate est augmentée de volume, nettement perceptible par la percussion sur une hauteur d'un travers de main, non palpable.

Le tube digestif : appétit est nul, digestions pénibles, intolérance absolue, diarrhée persistante. L'examen du sang montre : G.R. 3.700.000 — G.B. 12.000. Pas d'hématozoaires. Urines : urobilinurie seulement

L'hépatite dysentérique est non admissible en raison de l'échec complet du traitement à l'émétine et des explorations chirurgicales.

L'hépatite paludéenne avec fièvre est non retenue en absence de cholurie et de l'urobilinurie à fortes doses.

Le traitement de 8 jours de quinine (injections s-c de 0,80) ne modifie ni la fièvre, ni l'état hépatique.

Du 5 au 14 février, traitement mercuriel de réactivation (biiodure puis benzoate) ; ce traitement est mal supporté et détermine entérite et stomatite, mais ne réactive pas le B.W. Toutefois, dès le début, l'état se modifie ; la fièvre continue depuis 6 mois, disparaît brusquement, l'appétit renaît, l'état général s'améliore (reprise de 2 kg. 700). Le traitement est cessé du 14 au 21 février à cause de la stomatite, la fièvre reprend, les troubles digestifs réapparaissent, forces et poids décroissent (2 kg.).

Dès le 21, le novar fait tomber définitivement la fièvre.

Il semble qu'aucune manifestation clinique ne soit bien caractéristique, bien spécifique de la syphilis ; même pas les lésions oculaires, qui ont été retrouvées au cours de la trypanosomiase (GYOMARCH, *Marseille Médical* 25 juin 1932).

L'anatomie pathologique, elle-même, n'arrive pas à

trancher le diagnostic. Si la discrémiation des inflammations dites spécifiques, est loin d'être absolue, si elle est souvent difficile, voire même impossible, n'en est-il pas de même pour la discrémiation des lésions de la syphilis et des autres maladies, peu étudiées jusqu'alors, qui présentent beaucoup d'analogies cliniques avec elle ? On pourrait se demander s'il s'agit bien de syphilis chez ce malade, chez qui aucun antécédent syphilitique n'a pu être noté, et, dont l'hépto-splénomégalie prédominante ne s'accompagne d'aucun accident caractéristique. L'origine syphilitique ne peut être affirmée sur la positivité du Wassermann et l'effet du traitement. Quant à l'examen macroscopique du foie, qui a montré la « surface parsemée de nombreuses saillies de la grosseur de petites noix, réunies entre elles par des rhagades », si, dans nos contrées, son origine paraît nettement syphilitique, en est-il de même pour cette personne qui a toujours vécu dans une région aussi infestée de parasites que l'est l'Alexandrie ?

Observation N° 44. — GILBERT, CHIRAY, COURY (S. M. H. P., 18 mars 1921).

S..., habitant Alexandrie, vient le 3 août 1920 consulter pour une fièvre datant de 6 ans et demander de le confier, s'il y a lieu, à un chirurgien en vue de cholécystectomie jugée définitive.

Depuis juin 1914 il présente une fièvre persistante presque continue, avec exacerbation vespérale, atteignant parfois 40 et des rémissions matinales incomplètes. A des périodes fébriles de plusieurs mois durant lesquelles la température affecte différents types : intermittente à petites oscillations, à grandes oscillations, rémittente, succèdent des rares périodes de rémission toujours incomplète et d'une durée dépassant rarement quelques semaines, après lesquelles de nouveau la température atteignait 39, 39,5 et même 40. Au début, la T° l'oblige à s'aliter.

Certaines ascensions thermiques étaient accompagnées ou suivies de transpiration assez abondante. Fièvre continue, avec pous-

sée fébrile élevée, ne paraissait pas seulement avoir altéré l'état général. Le malade n'avait maigri, durant 6 ans de fièvre, que de 5 kilos.

En dépit de nombreux examens de laboratoire, dont un Wassermann, restés tous négatifs, le malade habitant un pays où règne endémiquement le paludisme, la fièvre de Malte et la dysenterie est tour à tour considéré comme atteint de ces différentes affections et subit sans résultat d'ailleurs un traitement antipaludéen, puis amibien, énergique et prolongé.

Bien qu'on n'ait pu relever dans ses antécédents, si loin qu'on y remontât, une atteinte dysentérique avérée, c'est vers le diagnostic d'amibiase que les autres diagnostics n'étant pas confirmés et qu'étant donné l'état du foie augmenté de volume et légèrement douloureux, on se trouva orienté pendant le plus longtemps. L'échec du traitement anti-amibien ajouté à l'échec des autres traitements fit porter des réserves sur le diagnostic d'amibiase, et malgré l'absence d'antécédents fithiasiques ou d'une maladie infectieuse antérieure, les médecins, sans abandonner définitivement l'hypothèse d'un abcès du foie, s'arrêtent sur le diagnostic de cholécystite.

Son état ne s'améliorant pas, le malade vint en Europe. En Italie, le diagnostic de cholécystite vraisemblablement calculeuse rallia les suffrages les plus autorisés. Une cure à Montecatini fut prescrite, et en cas d'échec de celle-ci, l'ablation de la vésicule. MONTECATTINI n'ayant en rien modifié la situation, bien au contraire, ce malade vint à Paris. Dès le premier examen, l'attention est attirée non par l'état de la vésicule qui ne présente aucune modification appréciable de forme, de consistance ou de sensibilité, mais un accroissement manifeste de volume et de la consistance du foie, beaucoup plus marqué au niveau de la région supravésiculaire et de la région épigastrique où la surface du foie paraissait nettement plus dure, plus irrégulière et légèrement douloureuse.

Instruit par une précédente expérience et suspectant la syphilis, bien que le malade n'en présentât aucun stigmate, nous faisons faire, malgré ses dénégations énergiques et un précédent

Wassermann resté négatif, une nouvelle réaction. Cette dernière se montre fortement positive.

En dépit de nos assurances les plus optimistes et du conseil que nous lui donnons de surseoir à l'intervention chirurgicale dont il est hanté, en attendant l'effet du traitement spécifique dont nous lui faisons le 9 août une première piqure de cyanure. Le malade, las de nombreux traitements suivis et peu confiant dans les ressources de la médecine, se fait opérer le 9.

Opéré par le Dr MARTEL, qui a rédigé lui-même le compte rendu :

« Laparatomie découvrant largement la vésicule par voie rétrograde. Vésicule ne contient ni pus ni calculs. Foie à surface parsemée de nombreuses saillies de la grosseur de petites noix réunies entre elles par des rhagades. » Il s'agissait nettement d'un foie syphilitique.

Dans les 8 jours qui ont suivi l'intervention, la température reste à 38-38,5. Au troisième jour, après institution de traitement de cyanure, la T° cède et ne réparaît plus.

D'autres exemples sont plus litigieux car il y a une telle intrication de signes et d'antécédents, qu'il est difficile de dire quelle est la maladie qui est momentanément en cause. Cette incertitude est d'autant plus forte que le malade qui a présenté précédemment une lésion d'un viscère, semble y localiser volontiers la syphilis, comme si l'organe constituait un point d'appel.

En reprenant les observations d'angines syphilitiques, dans plus de la moitié des cas, sont retrouvées des angines à répétition dans les antécédents.

De même, une fracture peut être un point d'appel pour une périostite, au cours de la syphilis.

Le foie et la rate du colonial semblent réunir le maximum de fréquence, quant à leur atteinte élective. Est-ce, parce que lésés par le paludisme ou l'amibiase qui ont une préférence pour ces deux organes, toutes les maladies ou intoxications ultérieures s'y localisent volontiers.

comme si ces deux organes constituaient des points d'appel.

Quoi qu'il en soit, le diagnostic chez un colonial est loin d'être aisé. Toutefois, il se fait généralement, du moins en cas de forme clinique à signes généraux prédominants, par élimination de diverses maladies. Il n'y a pas de signes qui aient une valeur absolue. Le traitement arsenical, au même titre que les autres, n'a même pas une certitude comme le pensent certains auteurs. Car si le novarsenobenzol est le médicament par excellence de la syphilis, comme le sulfamide l'est celui de la blennorrhagie, il n'en est pas l'apanage, pas plus que le sulfamide ne l'est de la gonococcie.

Il est malheureux que le diagnostic de la syphilis ne puisse pas être plus précis.

Il semble qu'il le serait de moins en moins, au fur et à mesure des notions plus approfondies de la parasitologie. Déjà, la similitude de plusieurs signes cliniques est marquée. De plus, toutes les maladies qualifiées d'exotiques, commencent à être de plus en plus étudiées de nos jours et il pourrait y avoir des surprises bien désagréables.

Ne sommes-nous pas au même point que les personnes, qui ayant contracté un chancre, sont persuadées de sa guérison lors de sa cicatrisation, quand nous affirmons la terminaison de la leishmaniose une fois que le bouton d'orient est cicatrisé ?

Peut-on affirmer la guérison d'une fièvre à pappataci, de la fièvre des tranchées ou de la fièvre de vase, dont nous basons l'évolution uniquement sur la courbe thermique, alors que ce sont des vraies septicémies (à virus inconnu, à rickettsia quintana et à leptospire) avec atteinte profonde de l'organisme, s'accompagnant comme la syphilis d'état général touché, d'alopécie, de douleurs erratiques généralisées ?

Ne serait-ce pas trop prématuré que de conclure à

la guérison de la spirochilose ictérohémorragique dès la chute de la fièvre, quand le spirochète d'Inada et Ido est assez proche du tréponème et alors que l'expression clinique des deux maladies présente bien des analogies ?

Pourquoi sommes-nous si clairvoyants et perspicaces pour l'évolution ultérieure possible du chancre syphilitique, et pourquoi arrêtons-nous l'évolution d'une fièvre typhoïde ou d'un typhus, dès la stabilisation de la courbe thermique ? Sommes-nous certains que dans 1, 4 ou même 10 ans, il n'y aurait pas de manifestations provoquées par ces mêmes germes après quelque temps de sommeil ?

Est-ce que l'atteinte du système nerveux est moins accentuée au cours de la septicémie eberthienne, ou de celle à rickettsia ? pourtant les syndromes extra-pyramidaux et pyramidaux sont rencontrés d'une façon courante.

Est-ce parce que l'Eberth ou la Rickettsia se développent et se conservent dans les centres nerveux moias bien que le tréponème, et moins bien que l'Eberth dans la vésicule biliaire où il a été retrouvé 20 ans après la typhoïde ?

Il se peut que les maladies que nous croyons terminées à leur chute thermique, aient une évolution ultérieure, comme la syphilis.

Pour le diagnostic de la syphilis, malheureusement, il n'y a, jusqu'alors, aucune réaction vraiment spécifique, qui pourrait donner une certitude, comme le fait le séro-diagnostic de Martin et Petit pour la spirochétose.

Peut-être que les recherches dirigées vers la culture du tréponème difficile, mais possible (HOELTZER, *Journal de Microbiologie Russe* 1927), et vers l'agglutination, pourraient avoir quelque résultat.

Peut-être que les essais, négligés, de recherche systé-

matique des tréponèmes dans le sang et dans les urines (FIESSINGER, *S. M. H. P.* 11 février 1921) aboutiraient à quelque donnée irréfutable pour le diagnostic de la maladie.

Peut-être que les mêmes méthodes de diagnostic, nouvelles à venir, employées pour les protozoaires, s'appliqueraient pour la découverte d'une réaction spécifique.

N'est-il pas préférable à un doute perpétuel, une certitude durement acquise ?

CONCLUSIONS

1. La syphilis pourrait être qualifiée de septicémie subfébrile, parfois fébrile, souvent apyrétique.

2. Toute angine traînante qui dure plus de 15 jours, doit faire penser à une angine syphilitique.

3. En cas de toute maladie éruptive fébrile non typique, suspecter la syphilis.

4. La syphilis prend rang parmi les maladies fébriles de longue durée, au même titre que la tuberculose, la fièvre de Malte, la maladie d'Osler ou le rhumatisme.

Y penser devant un paludisme quino-résistant, une maladie d'Hodgkin sans cellule de Sternberg bien typique, une fièvre de Malte sans séro-diagnostic positif et avec une intradermo-réaction négative, une amibiase émetino-résistante ou une tuberculose sans preuve bactériologique.

Toute maladie fébrile de longue durée qui présente une succession importante de ces signes cliniques est fortement suspecte de syphilis.

5. Contrastant avec cette richesse d'expression clinique, frappante est la pauvreté du diagnostic positif.

Toute maladie avec sérologie positive et qui réagit nettement sous l'effet du traitement dit anti-syphilitique, n'est pas forcément d'origine syphilitique.

Le diagnostic ne peut reposer uniquement sur l'exis-

tence de signes évolutifs de la syphilis, qui malheureusement ne sont pas plus spécifiques de la syphilis que ne le sont la sérologie et le traitement ; car les maladies à protozoaires ont une expression clinique souvent identique.

Par le manque d'une réaction bien caractéristique, pour dire syphilis, il faut avoir recours aux cinq signes de présomption : sérologie, traitement, signes évolutifs, antécédents de chancre, et négativité des autres affections.

Cette quintuple association doit être absolument requise dans les formes à signes généraux prédominants.

6. — Il est une nécessité de rechercher des réactions qui pourront apporter une preuve incontestable de l'origine syphilitique. Peut-être que les recherches devront être orientées non du côté de la fixation du complément, mais du côté du séro-diagnostic et des agglutinations.

Il vaut mieux une réaction difficile mais sûre plutôt que facile et entachée de nombreuses erreurs.

Vu,

Le Doyen :

BAUDOUIN

Vu,

Le Président de thèse :

LEMIERRE

Vu et Permis d'Imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris :

GILBERT GIDEL.

IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux
P A R I S
